

Bacheloroppgave

Foreldres opplevelse av osteopatisk behandling på spedbarn
med plager i det gastrointestinale systemet – en kvalitativ
studie

Av

102073 og 102042

28.04.2017

VF202 – Bacheloroppgave

Bachelor i osteopati

Antall ord: 14 082

April, 2017

Institutt for helsefag - Høyskolen Kristiania

”Denne bacheloroppgaven er gjennomført som en del av utdanningen ved Institutt for helsefag – Høyskolen Kristiania. Høyskolen Kristiania er ikke ansvarlig for oppgavens metoder, resultater, konklusjoner eller anbefalinger.”

Forord

På nyåret i 2017 startet vi arbeidet med foreliggende bacheloroppgave som en del av vår utdanning i osteopati ved Høyskolen Kristiania. Oppgaven tar for seg opplevelsen til fire foreldre som vi har intervjuet i forbindelse med at de har hatt spedbarn som utviklet gastrointestinale plager og oppsøkte osteopatisk behandling for det. Vi har valgt en kvalitativ tilnærming og intervjuene var semistrukturerte, slik vi kunne få mye informasjon fra våre intervjuobjekter.

Det har vært en lærerik og utfordrende prosess. Vi har tilegnet oss mye kunnskap i et emne vi er svært interessert i, som vil komme oss godt til nytte i senere arbeid som praktiserende osteopater.

Vi takker informantene våre, uten dem hadde vi ikke fått til denne oppgaven. De har bidratt med kunnskap og informasjon og de har i tillegg vært svært imøtekommende og tålmodige med oss. Vår veileder Line Juberg kunne vi ikke ha vært foruten i arbeidet med denne oppgaven, engasjementet hennes har vært en drivkraft i vår oppgaveskriving. Vi takker deg for alle gode råd og tips. I tillegg vil vi rette en takk til JoA for nyttig og aktuell lærdom i henhold til skriveprosessen.

Våre foreldre fortjener også en takk som har vært støttende og behjelpelige med å skrive røde kommentarer i marginen.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	6
1.1 Formål med oppgaven	7
1.2 Problemstilling	7
1.3 Oppgavens avgrensninger	8
1.4 Begrepsavklaring	9
2.0 Teori	10
2.1 Osteopati	10
2.1.1 Osteopatiens historie	10
2.1.2 Osteopatiens filosofi	10
2.1.3 Definisjon av osteopati	10
2.1.4 Hvor mange får behandling?	10
2.2 Gastrointestinalsystemet	12
2.3 Spedbarnskolikk	13
2.3.1 Osteopatisk teori om spedbarnskolikk	15
3.0 Metode	16
3.1 Valg av metode	16
3.2 Kvalitativ tilnærming	16
3.3 Utvalg	18
3.4 Innhenting av informasjon	19
3.6 Validitet	22
3.7 Reliabilitet	23
3.8 Etske refleksjoner	23
4.0 Resultater	25
4.1 Svangerskap og fødsel	25
4.2 Debut	27
4.3 Symptomer	28
4.4 Valg av behandlingsform	30
4.5 Forventninger	32
4.6 Behandling	33
4.7 Opplevelsen av effekt	35
4.8 Tiden etter	37
5.0 Diskusjon	39
5.1 Diskusjon av resultat	39
5.1.1 Svangerskap og fødsel	39
5.1.2 Debut	41
5.1.3 Symptomer	41
5.1.4 Opplevelse av behandling og effekt	43
5.1.5 Årene etter	47
5.2 Styrker og svakheter i studien	49
6.0 Konklusjon	51
Referanseliste	52

Sammendrag

Bakgrunn

Det at spedbarn utvikler gastrointestinale problemer (GI-problemer) kort tid etter fødsel kan være med å gjøre det som skal være en fin barseltid til en utfordring. Det er på generell basis mangel på informasjon og studier som viser til foreldres syn på osteopatisk behandling av barn på dette området, og med andre ord mangler dette temaet en faglig tyngde. Dette har vekket vår interesse og med denne bakgrunnsinformasjonen har vi besluttet å se nærmere på dette i bacheloroppgaven vår. Ved å intervju foreldre til spedbarn som har vært plaget med problemer i GI-systemet får vi mye informasjon om hvordan det har vært og hatt et sykt barn og hvordan den osteopatiske behandlingen for dette har blitt opplevd.

Av gastrointestinale plager hos barn er spedbarnskolikk en av de mest kjente og en ikke uvanlig tilstand, i tillegg til dette var det nettopp denne tilstanden som gikk igjen under intervjuene. På denne bakgrunnen har vi valgt å legge ekstra vekt på spedbarnskolikk som tema i oppgaven.

Problemstilling

Vår problemstilling er: «Hvordan er foreldrenes opplevelse av osteopatisk behandling av spedbarn med gastrointestinale plager?»

Metode

Vi har valgt å skrive denne oppgaven med en kvalitativ tilnærming med semistrukturerte intervju. Ved å intervju foreldre som har mottatt osteopatisk behandling på sine spedbarn på grunn av gastrointestinale problemer, får vi førstehånds kunnskap med den informasjonen vi ønsker å basere denne oppgaven på.

Resultater

Samtlige av informantene vi har intervjuet sitter igjen med en positiv opplevelse av den osteopatiske behandlingen. De har opplevd behandlingen av sine spedbarn som effektiv og skånsom, samt at behandlerne har tilnærmet seg dem på en trygg måte.

Konklusjon

På bakgrunn av resultatene konkluderer vi med at den gjennomgående opplevelsen av osteopatisk behandlingen har opplevdes som positiv.

1.0 Innledning

I denne oppgaven skal vi ta for oss opplevelsene foreldre sitter igjen med etter å ha hatt barn med gastrointestinale plager og oppsøkt osteopatisk behandling for det. Dette er et tema vi er interessert i fordi det er lite forskning rundt osteopati generelt, samt spedbarn som får behandling for slike problemer og hvordan de foresatte opplevde det. Vi er spesielt nysgjerrige på hva som skapte et minneverdig inntrykk på foreldrene, da dette er noe vi kan lære mye av til videre pasientbehandling.

Det kom frem i intervjuene av foreldrene at tre av fire barn var tidligere plaget av spedbarnskolikk. På bakgrunn av dette, samt at dette er en relativt vanlig tilstand å se blant spedbarn, besluttet vi å i tillegg til å se på plager i det gastrointestinale systemet generelt, gi dette temaet ekstra tyngde. Dermed har vi fått mer data om nettopp dette problemet. Kolikk i seg selv er ingen sykdom, kun en betegnelse som barn får ved mye gråt og uro. Det er uvisst hvorfor det oppstår, hva som lindrer eller hvor mange barn som rammes.

Som nybakt forelder forventer man gjerne at den første tiden kun skal være kos. Når man da får et barn som har det vondt, og ser hele den lille kroppen spenne seg hvor gråtingen ikke slutter, blir man satt i en fortvilt situasjon som forelder. Å se at barnet har det vondt og det ikke er noe du kan gjøre, er alle foreldres verste mareritt.

Spedbarn kan ikke fortelle hvor de har vondt, noe som gjør det vanskelig å gjennomføre en optimal anamnese. Med dette kan det være utfordrende å stille en diagnose. Man kan derfor oppleve at helsesøster eller lege ikke finner ut hva som forårsaker babyens plager og gråt, og en virkningsfull behandling kan bli fraværende. I denne oppgaven har vi intervjuet foreldre som har vært i nettopp denne situasjonen, hvor skolemedisinen ikke har klart å lindre spedbarnets plager. En opplevelse som har kommet tydelig frem i intervjuene, er det å være utslitt og fortvilet som forelder.

1.1 Formål med oppgaven

Med denne oppgaven ønsker vi å kunne illustrere opplevelsene og inntrykkene foreldrene sitter igjen med etter å ha hatt et spedbarn med gastrointestinale plager og hvordan den osteopatiske behandlingen har blitt opplevd. Gastrointestinale plager hos spedbarn er et stort og vanlig problem, men det finnes lite dokumentert forskning på foreldres erfaringer relatert til dette. Hvilke hensyn bør man ta når man har et barn med gastrointestinale plager hos seg for behandling? Dette ønsker vi å lære mer om ved å få førstehåndsinformasjon fra foreldrene. Ved å intervju dem får vi vite hvordan deres opplevelse er, noe også andre helsefaglige arbeidere kan ta lære av. Da denne situasjonen er utfordrende for både spedbarn og foreldre er det viktig å ta også de foresatte i betraktning under barnets behandling. I denne oppgaven fokuserer vi på følelsene foreldrene sitter igjen med etter at barnet har fått osteopatisk behandling og for å forstå denne tematikken på best mulig måte, har vi valgt å inkludere situasjonen spedbarnet og foreldrene var i før de oppsøkte behandlingen.

1.2 Problemstilling

Vår problemstilling lyder som følgende:

"Hvordan er foreldrenes opplevelse av osteopatisk behandling av spedbarn med gastrointestinale plager."

Vi har valgt denne problemstillingen da vi er interesserte i opplevelsen til foreldrene. Ved å intervju foreldre med barn som har hatt gastrointestinale plager, får vi et innblikk i hvordan det er å ha et spedbarn som utviklet problemer kort tid etter fødselen og hvordan det har vært å ha det til osteopat. Vi mener at dette er et tema det er lite forskning og oppmerksomhet rundt, så vi ønsker å lære mer om hvordan dette oppleves for de pårørende.

I tillegg til å svare på problemsstillingen har vi også valgt å se på foreldrenes opplevelse av svangerskap og fødsel. På samme måte har vi valgt å fokusere på foreldrenes inntrykk av en barseltid preget av det å ha et barn med symptomer på gastrointestinale plager. Ved å få vite mer om foreldrenes inntrykk av sin situasjon, vil vi få et mer helhetlig bilde av hvordan foreldrene opplevde det når spedbarnet mottok osteopatisk behandling og veien til å få et symptomfritt

spedbarn. Erfaringen de fikk fra starten av, er med på å forme opplevelsen og meningene foreldrene bearbeidet etter den osteopatiske behandlingen.

1.3 Oppgavens avgrensninger

I undersøkelsen er det presisert noen underspørsmål som skal besvares. Dette for å avgrense studien samt få svar på problemstillingen. Spørsmålene det tas høyde for er: Hvordan var svangerskap og fødsel? Hvor gammelt var barnet når de merket symptomer? Hvilke symptomer opplevde foreldrene på barnet sitt før behandling? Hvorfor valgte de osteopati som behandlingsform? Hvordan merket de endring hos barnet etter behandling? Hvor mange behandlinger hadde barnet før de merket endring i symptom bildet? Hvor mange behandlinger hadde barnet totalt? Hvordan opplevde de at behandleren tilnærmet seg de som foreldre? Ved å gjennomføre semistrukturerte intervjuer av foreldrene skal dette svare på problemstillingen. Spørsmålene som omhandler svangerskap, fødsel og symptomer svarer ikke direkte på problemstillingen, men bidrar til å skape et helhetlig bilde av situasjonen foreldrene var i.

Vi har kun intervjuet foreldre som opplevde effekt av behandlingen på barna sine. Her presiseres det at effekt kan være både positiv og negativ. Dette valget har vi tatt på bakgrunn av at det er den gruppen vi ønsker å vite mer om.

1.4 Begrepsavklaring

Osteopati - Osteopati er en manuell behandlingsform som går ut på å normalisere de ulike funksjonelle og fysiologiske delene av kroppen (1).

Gastrointestinal - "*Noe som har med mage og tarm å gjøre.*" (2)

Spedbarn - Barn i alderen null til tolv måneder (3).

Postnatalt – Etter fødsel (4).

Maternal – Noe som kommer fra moren (5).

Stjernebrikker – Muntlig begrep om spedbarn som fødes med ansiktet vendt opp (6).

Symptom - Subjektivt eller objektivt kjennetegn på sykdom som oppleves eller observeres av pasienten eller andre (7).

Placebo – "*Virkingen av et stoff eller en behandling som skyldes forventning om et heldig resultat.*" (8)

Årsak - "*Det som fremkaller en forandring, bevegelse eller en annen virkning.*" (9)

PPC – skjema - Verktøy for søkestrategi. Brukes for å finne artikler som belyser problemstillingen. Population - Phenomen of interest Context (10).

NOF-registrert – Osteopat som tilfredsstillt kravene til medlemskap til Norsk Osteopatforbund (11).

Kardinalrotasjon/kardinalbevegelse – Måten spedbarnet beveger seg ned i bekkenet før/under fødselen kalles kardinalbevegelse (12).

Kraniosakralbehandling - Kraniosakralterapi har sine røtter tilbake til det nittende århundre med opprinnelse i Andrew Taylor Stills system for osteopatisk medisin, der senere William G. Sutherland utvidet Stills system i kranial osteopati (13). På 60-tallet utviklet John E. Upledger teknikkene videre i det han kalte "CranioSacral Therapy". Kraniosakralterapi praktiseres vanligvis av osteopater, kiropraktorer og massører og er en form for terapi som involverer lett berøring av hodeskallen og sacrum med små bevegelser. Tanken er at slike manipulasjoner skal påvirke sirkulasjonen av spinalvæske og ha dyptgripende effekter (14).

2.0 Teori

2.1 Osteopati

2.1.1 Osteopatiens historie

På slutten av 1800-tallet grunnla Andrew Taylor Still osteopatien. Dette gjorde han som en motreaksjon på datidens legekunst som ikke var organisert med teknikker og utdanning, og som fremdeles hadde et middelaldersk preg. Still studerte biomekanikk, anatomi, fysiologi og patologi, samt sirkulasjon og drenering, og kom da frem til at hvis det er et avvik i kroppens system, vil det påvirke menneskets helse (11). I 1892 grunnla Still American School of Osteopathy i Kirkesville Missouri som var den første skolen til å undervise osteopati (15). I 1898 var John Martin Littlejohn den første osteopaten som satte sine føtter på europeisk jord. Littlejohn emigrerte med sin familie fra Amerika til England i 1913, hvor han grunnla British School of Osteopathic i London som ble den første skolen for osteopati i Europa (16).

2.1.2 Osteopatiens filosofi

«Vitenskapen om tilpasning: den menneskelige organismen lever i et miljø som blant annet har fysiske, psykiske, sosiale og ernæringsmessige aspekter, og velvære er den tilstanden en er i når en lever i balanse med disse aspektene.» - Littlejohn om den den helhetlige og holistiske tankegangen som osteopatien er basert på (11).

2.1.3 Definisjon av osteopati

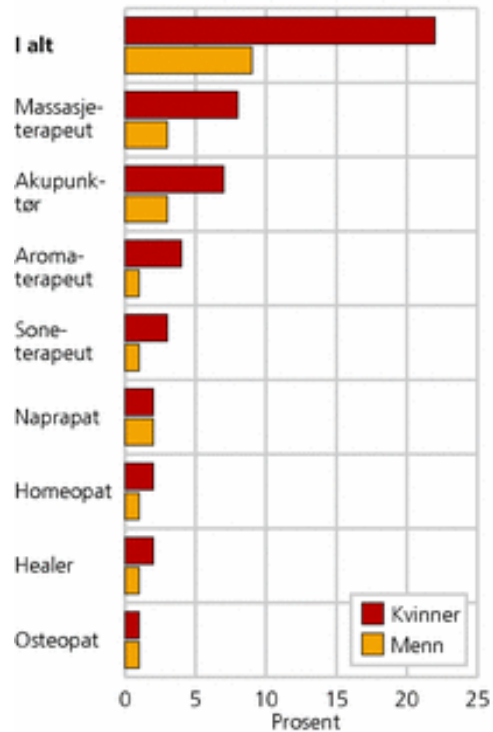
"Osteopathy is what an osteopath does." - Osteopaths Act 1993

Osteopatien er bygd på ideen om at kroppen er en helhetlig organisme hvor alle parter må ha optimal funksjon for å bidra til å skape et velfungerende individ. Kroppen har i alle år kunne lege seg selv, men ved enkelte tilfeller trenger den et liten dytt i riktig retning (1).

2.1.4 Hvor mange får behandling?

Det finnes ingen god statistikk over hvor mange som får osteopatisk behandling i Norge. De siste årene har profesjonen blitt mer kjent og det finnes flere ferdigutdannede osteopater i Norge nå enn tidligere. SSB gjennomførte i 2008 en studie (17) for å finne ut hvor mange av den norske befolkningen som fikk alternativ behandling. I 1998 nyttegjorde 1 av 8 nordmenn seg av

alternativ behandling og i 2008 hadde det økt til at 1 av 6. Hvis den utviklingen følges, kan man anta at enda flere går til alternativ behandlere nå til dags.



Kilde: Levekårsundersøkelsen. Helse, omsorg og sosial kontakt, Statistisk sentralbyrå.

Denne grafen (18) viser at i 2008 har 1 % av befolkningen vært hos osteopat for å få behandling. I motsetning til mange av de andre alternative profesjonene, ser vi at det er likt mellom menn og kvinner i antall som har oppsøkt behandling.

2.2 Gastrointestinalsystemet

Gastrointestinalsystemet, også kalt fordøyelsessystemet, består av den gastrointestinale trakten samt lever, bukspyttkjertel og galleblære. GI-trakten er et muskelrør som strekker seg fra munn til anus, hvor bevegelsen av muskler sammen med frigjøring av hormoner og enzymer gjør fordøyelsen av mat til en mulighet. GI-systemet består av hule organer; munnen, spiserør, mage, tynntarm og tykktarm – inkludert endetarm og anus, i tillegg til de faste organene lever, bukspyttkjertel og galleblære. (19, s. 380)

Sammen med en kombinasjon av nerver, hormoner, blod og de ovennevnte organene er bakterier i GI-trakten, også kalt tarmflora eller mikrobioter, nødvendige for den komplekse fordøyelsesprosessen (20).

Bakteriell kolonisering av den sterile GI-trakten av nyfødte starter under fødsel. Under og etter fødselen påvirkes babyen med bakterier som koloniseres i tarmen. Hovedgrunnen til at påvirkning av denne utviklingen av mikrobiell populasjon er den maternale tarmfloraen, bruk av antibiotika hos mor i svangerskapet, fødselsmåten; vaginalt eller keisersnitt, og form for mat; brystføde eller flaskeføde. Hos ammede spedbarn består den bakterielle tarmfloraen i all hovedsak av bifidobakterier, bakterier som finnes naturlig i tarmen, da det i morsmelken finnes prebiotika som er med på å fremme veksten av disse bakteriene (21, s. 281).

I listen av de hyppigste gastrointestinale tilstander vist hos spedbarn finner vi gastroøsofageal reflukssykdom (GØRS), abdominell smerte, melkeproteinallergi, diarrè og malabsorpsjon, forstoppelse, irritabel tarmsyndrom (IBS), ulcerøs kolitt og Crohns syndrom. Men en av de mest vanligste årsakene til at foreldre søker hjelp, og som også kan være en etterfølger av flere av disse ovennevnte tilstandene, er spedbarnskolikk. Med dette har vi valgt å legge hovedfokuset i oppgaven på kolikk, med andre vanlige plager og problemer i GI-systemet tatt til betraktning (21, s. 281).

Gastroøsofageal reflukssykdom går ut på at barnet gulper opp delvis fordøyd mat fra magesekken. Dette skjer når den nederste muskelen i spiserøret ikke fungerer optimalt og slipper opp ufordøyd mat (22, s. 251). Andre symptomer er magesmerter, manglende vektøkning og mye

gråting (23). De færreste barn trenger behandling for GØRS, med mindre vektøkningen ikke følger den normale kurven eller hvis det er mange tilleggsproblemer. GØRS blir også kalt for refluks eller brystbrannsykdom. Ved seks månedersalder rapporterer en studie at så mange barn som 23% har symptomer forbundet med GØRS, men at symptomene deretter avtar (24).

Spedbarn som sliter med diaré, kan ha underliggende allergier som ikke er blitt oppdaget enda. Av alle spedbarn utvikler 2-3% melkeallergi i løpet av første leveår ifølge Norsk Helseinformatikk. Da får man symptomer som diaré, kvalme, oppkast, oppblåsthet og barnet følger ikke nødvendigvis den normale vekstkurven. Man kan vokse av seg allergien og så mye som 85-90% vokser den av seg før skolealder. Laktoseintoleranse gir et symptombilde som ligner melkeallergi, men ved melkeallergi er symptomene kraftigere og kan gå utover flere organsystemer enn bare det gastrointestinale (25). Ved mangelfull produksjon av enzymet laktase vil ikke tarmen klare å spalte laktosen og det vil da oppstå reaksjoner (26, s. 218).

Spedbarn som blir forstoppet sliter med å få ut avføring og har ofte smerter. Symptomer på forstoppelse er når avføring uteblir og når den først kommer er den ofte hard. Spedbarn har svært variert avføringsmønster, daglig tømning er like normalt som at det går flere dager mellom. Dette kan påvirkes av om barnet får morsmelk eller morsmelkerstatning (21, s. 284). Barnet kan gråte og stramme muskulaturen så kraftig at barnet kan «gå opp i bro» Hvis barnet gråter før eller under tarmtømming, men avføringen er helt myk og eventuelt har kommet som en tynn stripe kalles det spedbarnsdyschezi. Denne tilstanden antas å være forårsaket av at barnet ikke klarer å styre muskulaturen ved tømning (27).

2.3 Spedbarnskolikk

Alle spedbarn gråter av forskjellige grunner. Det kan være alt fra sult, kulde/varme, tretthet eller trang til å skifte bleie. En baby kan imidlertid gråte selv etter å ha blitt matet, rengjort og generelt blitt godt ivaretatt. Dersom barnet i utgangspunktet er sunt og i god form, men har gjentatte episoder med utrøstelig gråt, kan det ha kolikk (28).

Spedbarnskolikk kjennetegnes som anfallsvise gråteepisoder hos et ellers friskt barn. Etter Wessels kriterier er spedbarnskolikk definert som "*periodevis skriking med full styrke i mer enn tre timer per dag, oftere enn tre døgn per uke, i mer enn tre uker, før tre måneders alder hos et ellers friskt barn med normalt vektøkning*" (21, s. 281). Fenomenet har debut to til fire uker etter fødsel og antas å påvirke spedbarn opp til tre- til firemåneders alder, med symptomer som når en topp ved en seksukers alder postnalt (22, s. 251). Begrepet kolikk stammer fra det greske ordet kblikos/kolikos eller kolon (tarm), og kobler dermed tilstanden opp mot en forstyrrelse i GI-trakten (21, s. 281). Etiologien er ukjent, men på grunn av at utviklingen av GI-systemet er multipelt påvirket av genetisk arv, indre utvikling og miljøet er etiologien av kolikk er vanligvis multifaktoriell. Hos noen virker kolikk å skyldes hypersensitivitet for bestemte matvarer som for eksempel melkeproteiner eller laktose (22, s. 250).

Helsenorge.no er en av de første nettsidene som kommer opp når man bruker søkeordet kolikk. Der presiseres det at det ikke finnes en kur for tilstanden. De informerer om at kolikk starter når barnet er kun noen uker gamle og at kolikken går over av seg selv senest ved fem månedersalder (29). Babyer som har kolikk er ikke syke, de gråter bare betydelig mer enn hva andre normalt gjør som kan gråte opp til to timer i løpet av en dag, mens barn med kolikk gjerne gråte to til syv timer (30).

Da det per dags dato ikke finnes en standardisert definisjon på spedbarnskolikk og det i tillegg er uenigheter om hva som skal legge grunnlaget for å diagnostisere kolikk er det vanskelig å anslå forekomsten. Dette resulterer også i stor variasjon i litteraturen, men det virker til å være anslagsvis 15-40% spedbarn som har tilstanden (21, s. 281).

Symptomer på spedbarnskolikk:

- Intens gråt - barnet gråter intenst og rasende, og det er ikke mye foreldrene kan gjøre for å trøste det. Babyens ansikt blir rødt og blussende, og gråteepisodene skjer gjerne på samme tid hver dag – vanligvis på ettermiddagen eller kvelden. Gråten kan ofte opptre helt plutselig og uten noen åpenbar årsak.
- Holdning – knyttede never, spente magemuskler, knær trekkes opp mot magen og ryggen er buet.

- Søvn - søvnen kan være uregelmessig og avbrutt med episoder med gråt.
- Mat – Avbrekk med uregelmessige episoder av intens gråt kan gjøre mating av barnet vanskelig. Mengden matinntak er imidlertid ikke nødvendigvis påvirket.
- Varierende intensitet – hos noen babyer er symptomene milde og barnet kan oppleve perioder med uro (28).

Prognosen er god. Mellom fire- og fem månedersalderen vil tilstanden ha gått over av seg selv hos de fleste barn, uansett behandling (30). Det er ikke klart om barn med kolikk vil få følger senere i livet, men det er antydning at barn med melkeproteinallergi fortsatt kan være sensitive ved senere alder (31).

2.3.1 Osteopatisk teori om spedbarnskolikk

En teori om hvorfor kolikk oppstår er at sentralnervesystemet hos spedbarn er umodent. Barnet klarer ikke å håndtere de ulike inntrykkene, og det oppstår en sensorisk overstimulering. De fleste spedbarn vokser av seg kolikk samtidig som de når en milepæl i utviklingen av hjernen (32, s. 40).

En lignende osteopatisk teori går ut på at foramen jugulare hvor vagusnerven passerer har blitt komprimert under fødsel og det oppstår spenninger i dette området. N. Vagus er en viktig visceral kommunikator og er en link fra GI-systemet til sentralnervesystemet (SNS) (33, s. 282-283). Sentralnervesystemet og dets strukturer viser seg å være ekstremt sensitivt til mekanisk trykk, så en mulig hypotese er at kompresjonskreftene på kraniet under fødselen mulig kan føre til en stressreaksjon på SNS som videre kan øke tarmmotilitet (22, s. 251).

En teori som tas i betraktning til etiologi av GI-plager som abdominell krampe og kolikk er hyperperistalsis (21, 282). Den glatte muskulaturen i tarmen har normalt en generert rytmisk peristaltisk aktivitet. Tarmbevegelse og regulering av tarmmotilitet er et resultat av komplekse nevrøle og muskuløse interaksjoner som er under påvirkning av nevrotransmittere, hormoner og sentralnervesystemet (19, 387).

3.0 Metode

3.1 Valg av metode

Det er problemstillingen som legger grunnlaget for valg av metode (34, s. 72). Da problemstillingen i denne oppgaven tar for seg spørsmålet om hvordan foreldre opplevde å ha barnet sitt til osteopatisk behandling for gastrointestinale plager, var det naturlig å gå for en kvalitativ metode. Kvalitativ forskning baseres på å beskrive meninger og opplevelser, det åpner for muligheten til å tilegne dybdekunnskap og kunnskap om følelser og erfaringer. Kunnskapen hentes inn ved bruk av intervju, noe som øker muligheten for å få med seg viktig informasjon. I tillegg vil det også åpnes for at ny informasjon som i utgangspunktet ikke har blitt sett som opplagt kan forekomme (34, s. 88-89).

3.2 Kvalitativ tilnærming

Kvalitativ metode handler om at samfunnsforskeren skal se verden fra intervjuobjektens synspunkt (34, s. 87). Dette klarer man ikke før en har satt seg inn i livet til informantene. Da hensikten med forskningen vår er å få et innblikk i foreldres erfaringer og deres opplevelse av å ha hatt barnet deres hos osteopat for behandling, bestemte vi oss for å samle inn data ved hjelp av dybdeintervjuer. Den kvalitative metoden åpner en dør inn til en bedre forståelse av enkeltindividers opplevelse. Denne studien omhandler opplevelsen foreldrene sitter igjen med etter å ha hatt barnet sitt til behandling hos osteopat. Kvalitativ studie baserer seg på nærhet til informantene (34, s. 87). For å forstå foreldrenes situasjon, som er utgangspunkt for studien, må en forstå det helhetlige. Her gjelder det hvordan foreldrene opplevde det å ha et barn med gastrointestinale plager før barnet mottok osteopatisk behandling.

Intervjuguiden la føringer for intervjuet, men åpnet for at uforutsette oppfølgingsspørsmål kunne stilles. På bakgrunn av at vi ønsket en strukturert gjennomføringsplan med utvalgte spørsmål som skulle besvares, men fortsatt ville åpne for at oppfølgingsspørsmål kunne stilles ved behov, bestemte vi oss for å gjennomføre intervjuene semistrukturert (34, s. 95-96).

I en kvalitativ undersøkelse må forskeren stille seg nøytral til de temaene som oppstår under prosessen. Dette er for å få et så tydelig resultat av intervjuene som mulig (34, s. 100-101). Førforståelsen vår av gastrointestinale plager er faglig kunnskap som vi har tilegnet oss i løpet av

osteopatiestet. Denne kunnskapen er objektiv og påvirker vårt synspunkt på arbeidet i liten grad, da dette er ren kunnskap innenfor menneskets fysiologi og patologi. Vår følelse baseres i stor grad av hva vi har lest på forskjellige fora på internettet som har omhandlet det å ha barn med ulike plager, spesielt da gastrointestinale, og hvordan foreldrene har opplevd situasjonen (34, s. 90-91). Dette er sosialt basert og er en subjektiv holdning vi har skapt før vi har intervjuet informantene våre og det kan være vanskelig å frigjøre seg fra disse subjektive meningene. Det er viktig å begrense seg som forsker og man kan føle at man må hjelpe intervjuobjektet hvis de har problemer med å sette ord på følelsene og opplevelsene de prøver å beskrive. Da spiller vår følelse inn (34, s. 90-91). Dette skaper da en konflikt med egen forskerstatus. Våre informanter har allerede funnet løsningen selv på sine og barnets problemer. Vi som intervjuere får da bare ha empati for informantene og prøve å sette oss inn i den situasjonen dem var i.

Den semistrukturerte intervjuformen kan sees på som en krevende intervjuform. Informantene vet på forhånd hva vi kommer til å spørre om og hvilket tema de skal hjelpe oss med å belyse. Vi som intervjuere stiller oppfølgingsspørsmål til svarene informantene kommer med, da vi ønsker å samle så mye informasjon som mulig. Vi har på forhånd gjort oss opp en subjektiv mening om at situasjonen disse foreldrene var i, var krevende. Likevel graver vi i den opplevelsen informantene hadde. For å ikke påvirke informantens formidling i for stor grad har vi prøvd å la informanten selv styre samtalen mest mulig. Det er da viktig at informantene føler at vi tar dem på alvor og at vi klarer å skape et tillitsforhold til dem. Dette forholdet starter allerede fra vi sender ut intervjuguiden og forbereder dem på hvordan intervjuet vil foregå. Intervjuet må være meningsfullt for begge parter, for at vi som forskere skal kunne få best mulig resultat (34, s. 100-101).

3.3 Utvalg

Her er problemstillingen konkret og vi har med det ikke behov for et bredt spekter med ulike informanter, kun en bestemt gruppe. Da det kun er foreldres subjektive meninger som kan svare på problemstillingen, var populasjonen som ble intervjuet foreldre.

Inklusjonskriteriene for å kunne delta i studien var:

- Barnet skulle ha plager i det gastrointestinale systemet.
- Barnet skulle være i spedbarnsalder under behandling.
- Barnet måtte ha hatt effekt av behandling.

For å få god dybde i oppgaven var ønsket vårt å ha fire-fem informanter. Det ble sendt ut et titalls mail til NOF-registrerte osteopater i Oslo- og Akershusområdet med informasjon om formålet med studien og presisering av anonymitet. Vi lurte på om de hadde noen foreldre de kunne sette oss i kontakt med. På grunn av taushetsplikt måtte behandlerne selv ta kontakt med foreldre, som så måtte ta kontakt med oss. Etter ingen respons på mail, innså vi at rekrutteringen av informanter kunne bli utfordrende og vi bestemte oss for å utvide geografisk til større deler av landet og åpne for mulighet til å ha intervju på Skype og ikke bare personlig. Tilbake på NOFs hjemmesider fant vi kontaktinformasjon til alle NOF-registrerte osteopater i Norge og begynte å ringe rundt. Svarene som gjentok seg var at de sjeldent hadde barn tilfredsstilte våre inklusjonskriterier til behandling eller at det i så fall var lenge siden. Vi endte opp med et ikke-representativt bekvemmelighetsutvalg, med informanter innhentet fra veileder, foreleser, en bekjent av en informant, samt en tilfeldig vi kom over på Facebook.

Prøveintervjuet som ble gjennomført valgte vi å gjennomføre på Skype, da flertallet av intervjuene våre ville bli gjort på denne plattformen. Det ble gjort noen endringer på rekkefølgen av spørsmålene samt noen omformuleringer. Ellers forble spørsmålene de samme. Lengden på prøveintervjuet var omtrent like langt som vi hadde forutsett, altså ca. 30 minutter.

Til sammen ble det ett prøveintervju og fire hovedintervjuer. Prøveintervjuet ble ikke tatt med i studien da deltakeren ikke var innenfor inklusjonskriteriene. Gjennomføringsmetoden for hovedintervjuene ble gjort slik at ett intervju ble gjennomført personlig, mens de resterende tre

intervjuene foregikk på Skype. Alle informantene var innenfor inklusjonskriteriene.

3.4 Innhenting av informasjon

Vi var to intervjuere som møtte hver informant, med unntak av ett intervju der vi var bare en til å intervjuer. Dette var for å kunne gjennomføre det innenfor nødvendig tidsramme for begge parter. Planen var at førsteintervjuer skulle styre spørsmålene, at andreintervjuer skulle være ansvarlig for lydopptak og kunne bryte inn med eventuelle spørsmål, oppfølgingsspørsmål og tilleggskommentarer. Vi oppdaget fort at dette ikke var det optimale for oss, og at det gav bedre flyt i intervjuet når begge intervjuerne deltok like mye og på samme måte. Intervjuet startet med en uformell samtale med innledning hvor det ble informert om temaet, problemstillingen og oppgaven før vi gikk i gang med nøkkelspørsmålene som skulle gi svar og informasjon på tema og problemstilling. Nøkkelspørsmålene hadde vi på forhånd sendt ut til informantene slik at de som ville kunne sette seg inn i hva det skulle spørres om og hva vi så på som relevant for oppgaven. I tillegg til nøkkelspørsmål ble det stilt oppfølgingsspørsmål der vi så det som aktuelt. Mot slutten av intervjuet åpnet vi for at informantene kunne legge til informasjon de så som relevant, men som ikke hadde kommet frem. Avslutningsvis ble det gjort en oppsummering av det som hadde kommet frem, for å få oversikt over intervjuets innhold, samt å få en god presisering av at all informasjon var korrekt forstått.

For å belyse og gi tyngde til temaet og problemstillingen har vi sammenlignet informasjonen fra informantene med faglig teori fra tidligere studier og pensum knyttet til gastrointestinalsyste­met, samt pediatri i osteopatiutdannelsen.

For å finne relevant litteratur fra forskning har vi satt opp et PPC-skjema med aktuelle søkeord og gjort søk i Medline, PubMed og Amed via Ovid. Søkeord som er blitt benyttet er "infants og parents og colic", "infants og gastrointestinal og osteopathic treatment", "infants og colic", "infant colic og craniosacral", "newborns og gastrointestinal og osteopathic treatment og effect", "infants og colic og manual treatment". Disse søkeordene sammen ga ikke mange resultater hver for seg, men ved funn av relevante studier, kunne man derfra finne flere aktuelle studier.

Studier og artikler som vi har valgt for å belyse informasjonen fra informantene og som vi har brukt etter kritisk vurdering i diskusjonskapittelet er som følgende:

- Savino F et al, 2005: *"A prospective 10-year study on children who had severe infantile colic"*; En studie om barn med spedbarnskolikk som ble kontrollert 10 år senere for ettervirkninger (35).
- Hill D et al, 2005: *"Effect of a low-allergen maternal diet on colic among breastfed infants: a randomized, controlled trial"* Studie om lavallergenkosthold på mødre som ammer barn med kolikk (36).
- Ceritelli et al, 2013: *"Effect of osteopathic manipulative treatment on length of stay in a population of preterm infants: a randomized controlled trial"*; Studie om sammenheng mellom osteopatisk behandling og lengde på sykehusopphold (37).
- Pizzorolusso et al, 2014: *"The Effect of Optimally Timed Osteopathic Manipulative Treatment on Length of Hospital Stay in Moderate and Late Preterm Infants: Results from a RCT"*; Effekten av osteopatisk manipulativ behandling av gastrointestinal funksjon på prematurer barn opp mot antall dager på sykehus hos premature barn (38).
- Hayden et Al, 2006: *"A preliminary assessment of the impact of cranial osteopathy for the relief of infantile colic"*; En åpen, kontrollert, prospektiv studie med hensikt å se effekt på osteopatisk kranial behandling på spedbarn med kolikk (39).

I tillegg til å bruke disse artiklene er det også blitt brukt pensumbøker samt støttelitteratur relatert til pediatri, osteopati og det gastrointestinale systemet. Bøker vi blant annet har benyttet oss av og som har vært til stor hjelp har vært;

- Textbook of Pediatric Osteopathy, Eva Moedel og Noori Mitha
- Pediatric manual medicine, Jane E. Carreiro
- Cranial Osteopathy for infants, children and adolescents, Nicette Sergueef.
- Visceral and Obstetric osteopathy, Caroline A. Stone
- Menneskekroppen: fysiologi og anatomi, Egil Haug, Olav Sand, Øystein v. Sjaastad, Jan G. Bjålie
- Klinisk Pediatri, Trond Markestad

3.5 Analyse og tolkning

Etter hvert som intervjuene var fullført gikk vi i gang med transkriberingen. Vi brukte omkring tre til fire timer tilsammen på hvert intervju. Da det er mest økonomisk hensiktsmessig og en god måte å bli godt kjent med informasjonen ble det ikke benyttet programvare til dette, kun avspilling av intervjuene og nedskrivning av data på passordbeskyttet PC. Intervjuene ble transkribert ordrett med "eh"-ord og latter, men i oppgaven har vi valgt å fremstille det i en mer skriftlig form for å gjøre det mer oversiktlig og lettere å lese. Til tross for dette har vi vært påpasselige med å ikke skrive om mer enn nødvendig for å unngå å miste viktig informasjon. Transkripsjonene ble lagret på en PC og to mobiltelefoner, der samtlige var passordbeskyttet. Opptak og det ferdigtranskriberte stoffet var kun tilgjengelige for oss og veileder. Intervjuene ble tilfeldig nummerert. Dette for å sørge for optimal anonymitet.

Etter transkriberingen begynte vi å analysere innhentede data. Her valgte vi å bruke tematisk analyse som gir muligheten til å kode og kategorisere data inn i tema. Dette er en metode for å identifisere, analysere og rapportere mønstre i temaer og er i følge Alhojailan godt egnet og av de mest brukte analysemetodene for kvalitative studier (40). Denne typen analyse gjør det lettere å se og fremheve dataene tydeligere for forskningen, unngå overflod av data under analyseprosessen, samt gjøre det lettere å relatere ulike utsagn til hverandre innen et tema (40).

I analyseprosessen brukte vi Kent Löfgrens veiledningsmaterialer til analysering og koding av intervjudata (41). Først gikk vi gjennom transkripsjonene og så på helheten. Deretter gikk vi over igjen og markerte ord, fraser og setninger vi så på som relevante og kodet dem. Det kunne være noe som overrasket oss, ord og uttrykk som gikk igjen flere ganger i ett eller flere av intervjuene, relevant informasjon som kunne linkes opp mot faglig teori eller andre faktorer som gjorde at vi så på det som aktuelt i forhold til oppgavens problemstilling. Deretter formulerte vi kategorier der de viktigste kodene ble plassert. Til slutt endte vi opp med hovedkategoriene "Svangerskap og Fødsel", "Debut", "Behandlingsvalg", "Forventninger", "Behandling", "Opplevelse av Effekt" og "Tiden Etter".

I tillegg til å bruke Kents Löfgrens veiledningsmateriale har vi brukt helhetsanalyse. Ved å se disse kodede dataene i sammenheng med helhetssituasjonen som den enkelte informanten

beskrev, fremsto dataene som meningsfulle på en måte som vi opplevde som egnet for vår analyse av dem (34, s. 133-134). Helhetsanalysen er den overordnede formen vi har brukt for å presentere resultatene i studien.

Under 4.0 Resultat har vi beskrevet kategoriene. Der har vi begrunnet hvorfor vi har valgt å ta med hver enkelt kategori og de aktuelle dataene fra intervjuene blir knyttet sammen og presentert. Under avsnittet for diskusjon har vi tolket og diskutert resultatene, og koblet dem opp mot faglig teori der vi har inkludert artikler, studier og pensum relatert til temaene.

3.6 Validitet

Validitet, også kjent som gyldighet, er i hvor stor grad man kan trekke gyldige konklusjoner ut i fra et forsøk eller i dette tilfellet, en studie. Ved å anse validiteten ser man om resultatene viser det de skal ut i fra problemstilling (42).

På forhånd av intervjuene ble en intervjuguide med spørsmål direkte rettet opp mot problemstillingen utformet. Denne intervjuguiden ble fulgt under både prøveintervju og hovedintervjuene. Lydopptaker ble benyttet for å redusere risikoen for å miste viktig informasjon og med det øke validiteten.

Underveis i intervjuene brukte vi bekreftende spørsmål for å konstatere at vi hadde oppfattet informasjonen fra informantene korrekt. Intervju over Skype ble et bra alternativ til personlig intervju da alt av det tekniske som internettforbindelse, lyd og video fungerte som det skulle med unntak av siste intervju, der videofunksjonen fra informantens side ikke fungerte. Dette kan redusere validiteten, da vi ikke ser hva vedkommende holder på med eller kroppsspråket. Men ut i fra hvor oppriktig og engasjert både vedkommende og resten av informantene la frem informasjonen på ser vi på utsagnene som troverdige.

Svarene fra informantene under intervjuet er foreldrenes egne meninger og opplevelser, og er ikke nødvendigvis de samme tankene og erfaringene som andre foreldre innenfor

samme inkluderingskriterier sitter med. Med andre ord vil resultatene som kommer frem i studien ikke kunne generaliseres til alle.

3.7 Reliabilitet

Reliabilitet er et mål for å undersøke om studien er pålitelig. Reliabiliteten måles for å se hvorvidt en undersøkelse eller studie viser den virkelige situasjonen, og om resultatene kan etterundersøkes der resultatet fortsetter å bli de samme (43).

Formålet med denne studien var å samle opplevelser og erfaringer foreldre har tilegnet seg etter å ha vært til osteopatisk behandling med spedbarns gastrointestinale problemer. For at resultatet skulle komme fra samme utgangspunkt, ble de samme spørsmålene stilt til hver deltaker. Da formålet med en kvalitativ studie er å utforske individets opplevelser og tanker rundt en situasjon, er det naturlig at situasjonen oppleves forskjellig. Dette resulterer gjerne i ulike oppfatninger av ett og samme tema.

Intervjuguiden ble sendt ut med nøkkelspørsmål til hvert intervjuobjekt på forhånd av intervjuene, så de kunne forberede svarene til spørsmålene. Denne guiden ble brukt under hvert intervju for å sørge for at alle intervjuene ble gjennomført så identisk som mulig, til tross for ulike oppfølgingsspørsmål som vi så på som nødvendige å stille. Vi har også tatt utgangspunkt i at informantene har svært ærlig på spørsmålene slik at svarene ikke påvirker påliteligheten til studiet.

3.8 Etiske refleksjoner

Alle informantene mottok samtykkeskjema (vedlegg) og ble informert om at det de svarer under intervjuene kunne bli brukt i denne oppgaven. Informantene og deres barn blir holdt anonyme. Etter levert og godkjent oppgave, vil all data bli makulert eller digitalt slettet.

Intervjuene har blitt lagret i tre eksemplarer, to mobiltelefoner og en datamaskin. For å ta vare på det så sikkert og konfidensielt som mulig er all elektronikk passordbeskyttet. Notater tatt for hånd

har blitt skrevet over til PC og makulert. Sensitive opplysninger som kan identifisere informant eller barn tas ikke med. I oppgavene presenteres informantene som Informant 1 til Informant 4, der rekkefølgen er tilfeldig og har ingen tilknytning til rekkefølgen intervjuene blir holdt i.

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) vurderer om forskningen som skal gjennomføres er etisk forsvarlig (44). Dette gjelder spesielt når man skal forske på mennesker og da særdeles barn. Da vår forskning holder intervjuobjektene anonyme og vi ikke undersøker og behandler dem selv, er det ikke behov for å sende inn søknad til REK.

NSD er et aksjeselskap eid av Kunnskapsdepartementet. Selskapet arkiverer og distribuerer forskning og data til ulike forskningsmiljøer. NSD jobber med personvern og godkjenner forskningsprosjekter til både forskere og studenter i henhold til om personvernet opprettholdes i studien og datainnsamlingen (45). NSD har en oversiktlig hjemmeside med en egen bolk som heter "Hvordan kan jeg gjennomføre prosjektet uten at det er meldepliktig?" (46). Vi har jobbet ut i fra dette for å opprettholde anonymiteten på best mulig måte. I henhold til hvordan vi har utført denne oppgaven har vi vurdert oppgaven som ikke meldepliktig til NSD.

To av informantene vi har intervjuet i denne oppgaven har vi blitt satt i kontakt med fra lærerne våres, som kjenner dem personlig. En informant ble vi satt i kontakt med via en annen informant. Det kan diskuteres at informantene følte at de måtte stille opp på grunn av vennskapet eller at de skylder osteopatien det, fordi det har hjulpet barnene deres. Men ut ifra engasjementet vi opplevde under intervjuene, kom det frem at dette var en sak de brydde seg om. Vi er ikke bekymret for at noen av informantene fant det ubeleilig å bli intervjuet av oss.

4.0 Resultater

Vi endte til slutt opp med fire informanter som hadde tilegnet seg opplevelser av å ha hatt spedbarn til osteopatisk behandling for plager i det gastrointestinale systemet. Én informant ble intervjuet ansikt-til-ansikt, mens de resterende tre ble intervjuet via Skype på grunn av geografisk avstand.

I intervjuene har vi hatt spørsmål vi har sett på som relevante for få dybdeinformasjon av temaet, og for å videre kunne gi en helhet som belyser problemstillingen. Vi har med det valgt å intervju foreldrenes opplevelser av deres svangerskap og fødsel, debuten til tilstandene og symptomene barna presenterte med, valg av behandlingsform og hvilke forventninger foreldre hadde til behandlingen, behandlingen i seg selv og antall behandlinger, opplevelser av effekt og tiden etter.

4.1 Svangerskap og fødsel

For å få et helhetlig inntrykk av temaet og lettere få en god forståelse av problemstillingen har vi i intervjuene inkludert både spørsmål om svangerskap og fødsel. Dette er rammebetingelsen for familien før utvikling av symptomer. Her forteller flere av informantene at både svangerskap og fødsler har vært uproblematisk med noen unntak.

Informant 3 forteller at svangerskapet i utgangspunktet var veldig greit, men at hun tidlig i svangerskap hadde en voldsom blødning, så tidlig at det var før hun egentlig visste at hun var gravid. Det viste seg at hun hadde to morkaker, og at den store blødningen kunne komme av at hun spontanaborterte en av to tvillingembryo. Hun legger også til at hun under svangerskapet hadde bronkitt og gikk på en antibiotikakur for dette.

"Svangerskapet var egentlig veldig greit. Jeg var i fin form, det eneste var at jeg ble dårlig. Hadde bronkitt og fikk en antibiotikakur. Så det er vel det jeg inntok i forhold til normalt kosthold og sånne ting da."

◇ Informant 3

Informant 2 lyktes endelig med prøverørsforsøk og opplevde svangerskapsperioden som veldig fin til tross for mye kvalme og noe stivhet i bekkenet. Kvalmen førte til at hun var fullt sykemeldt i seks måneder, da hun var så kvalm at hun ikke kom ut av sengen og lå helt stille for å ikke kaste opp. Videre forteller hun at matlysten var veldig dårlig og hun generelt sett ble veldig slapp av dette. I sjette-syvende måned gav kvalmen seg, hun ble friskmeldt, begynte å jobbe igjen og hadde mye energi.

"Jeg var utrolig kvalm, så jeg lå i nesten seks måneder. Men det synes jeg var greit. Men det er jo hvordan man opplever ting tenker jeg."

◇ Informant 2

Informant 1 forteller at hun var frisk og veldig sprek frem mot fødselen, og at hun hadde en skånsom hjemmefødsel i badekar. Hun legger til at det var ingenting under fødselen som skulle tilsi at det på noen måte kunne oppstå etterproblemer, med unntak av;

"...det eneste som kunne ha vært en liten årsak var at hun ikke roterte, de skal jo rotere på vei ut... Og det gjorde hun ikke, hun hadde navlestrengen en gang rundt halsen. Men det var ikke noe problem, hun kom jo helt vanlig og fint, men det var mulig skuldrene var litt låst."

◇ Informant 1

Fødselen hos Informant 3 var lang, barnet lå i klem, hadde elektroder (STAN – analysering av barnets EKG og CTG under aktiv fødsel (47)) på hodet og ble født som stjerneblikker. Hun legger til at hun ikke hadde pressrier, så hun "måtte egentlig bare presse han ut på ren vilje". Hun forteller videre at "han bare ble revet ut når han ble født, før de løp ut med han fordi han var blå og livløs. Heldigvis var det ikke lenge han var borte før de hadde kontroll."

Resterende informanter hadde uproblematisk fødsel. Med en fødsel på 24 timer uten behov for smertestillende, syntes Informant 2 fødselen var en kjempefin opplevelse. Hun var som hun sa i kjempeform der hun bare kunne reise seg opp og gå rett etterpå, så dro hun hjem morgendagen etter. Barnet var veldig rolig når det ble født og gråt nesten ikke selv når jordmor skulle få henne til å gråte, men barnet var sunt og friskt og roligheten vedvarte helt til det akutt oppstart av symptomer.

"Jeg sto på alle fire, så kom hun ut med hodet først i helt vanlig leie."

◇ Informant 2

4.2 Debut

Det første spørsmålet i oppgaven tok for seg alderen på barnet når de først merket symptomer. Tre av fire informanter forteller at de opplevde symptomer i løpet de første leveukene til barna, mens debuten hos barnet til Informant 2 var helt akutt i en alder av ca. to måneder.

*"Dette var i mai, hun er født i mars. Ja, ca. to måneder tenker jeg. Det begynte helt akutt."
..."Hun hadde vært helt rolig mye før, men plutselig hylskrek hun hele dagen."*

◇ Informant 2

Informant 3 forteller at hun fattet mistanke allerede når han ble født, da han allerede da var veldig urolig. Tanken som slo henne var at han hadde kolikk, noe som viste seg å være korrekt. Barnet hos Informant 1 viste symptomer når han var en knapp uke, mens barnet til Informant 4 var i en alder av syv uker.

4.3 Symptomer

Vi har som sagt besluttet å ta for oss plager i det gastrointestinale systemet, dette for å åpne opp og kunne nå ut til flere. Samtidig har vi valgt å holde fokuset rettet mot spedbarnskolikk da det var symptomer på denne samlebetegnelsen som gikk igjen. Når intervjurunden var ferdig satt vi igjen med et vidt spekter av-, men likevel mange gjennomgående lignende symptomer.

Informant 1 forteller at barnet slet med å ta brystet der hun bare skrek og vred seg unna. Hun legger til at det virket som at barnet ikke klarte å bøye hodet inn til puppen, og at hele situasjonen rundt ammingen ble svært strevsom. Hos Informant 4 ville barnet hverken ta bryst eller flaske og måtte få næring gjennom sonde. Han prøvde, men viste ubehag og bare vred seg vekk. Informant 3 forteller at barnet ikke sugde optimalt, noe som gjorde at han ikke fikk i seg nok mat. De endte opp med å pumpe og mate han med kopp, og dette gjorde at han også i tillegg til melk, svelget veldig mye luft. Barnet fikk illeluktende gass og avføring, veldig spent mage som videre resulterte i mye gråt, der han kunne ha langvarige gråteøkter.

"Det var uroligheter, også fikk jeg henne ikke til og die. Jeg fikk henne ikke til å ta brystet. Da skrek hun bare og vek unna, klarte ikke å bøye hodet inn til puppen min. Så det var veldig mye styr og veldig mye knot. Hun var også veldig urolig, og sov veldig lite, natt og dag. Hun var i konstant bevegelse."

◇ Informant 1

Informant 1 måtte aktivt gå med barnet for å holde henne rolig. Det holdt ikke å stå i ro og bysse henne. Hver gang hun stoppet ble barnet misfornøyd, begynte å småsutre og gråte. Barnet hos Informant 3 kunne ha gråteøkter på opptil åtte timer sammenhengende, i tillegg til at han også gråt i søvne; *"Ja, han gråt jo, altså andre som hørte det ville ikke være der en gang. Det var skikkelig skriking og han spente alle kroppsdeler"*. Hos Informant 2 startet det hele akutt med overhengende vedvarende gråt. Det var intens gråt hele dagen, men hun sov om natten.

"Jeg tror ikke jeg hadde sittet i ro og drukket kaffe på dagtid på uker på grunn av den voldsomme grininga. Husker jeg gikk tur i parken med en venninne, og barnet hylte og hylte stakkar."

◇ Informant 2

"Hun var egentlig konstant urolig, det var ikke så mye hylskriking, men jeg måtte jo holde henne i konstant bevegelse, hvis ikke var det jo hylskrik" ... "Jeg har trillet noen kilometer både over dørstokken og over et ujevnt plan og over for å holde henne i bevegelse".

◇ Informant 1

Informant 1 og 3 slet mye med forstyrret søvn hos barna sine, mens hos Informant 2 var som nevnt ikke nattesøvnen påvirket. Barnet hadde alltid sovet godt om natten, og det fortsatte hun med når plagene oppstod. Informant 4 hadde søvnen vagt i minne, men hun husket at han i alle fall sov godt når han ble matet med sonde. Informant 1 forteller at barnet var veldig urolig og sov veldig lite både natt og dag. Ved 18-19-tiden på ettermiddagen var barnet roligere, men når de skulle gå og legge seg var på i igjen. På natten var barnet noe roligere fordi hun var så trøtt, og med det fikk hun til å nappe litt i brystet for å amme, men ikke nok til at hun fikk sove. Barnet spiste bare litt mer før hun ble urolig igjen og begynte å skrike på ny. Dette resulterte i at de fikk svært få sammenhengende timer søvn om natten det første halvåret.

"Han gråt og gråt og sov ikke mer enn 20 minutter om ganger. Tok det en halvtime var vi redde for at han var død, for det pleide han aldri."

◇ Informant 3

Et spørsmål som ble stilt informantene var om de opplevde at barnet reagerte på bestemte typer mat, og eventuelt hva. Informant 1 erfarte at barnet reagerte på diverse frukt og grønnsaker. Derfor prøvde hun å holde seg unna så mange som mulig av de typiske allergenene hun hadde hørt var relatert til spedbarnskolikk, som hvetemel og melk for å se om det hjalp, uten at dette hadde innvirkning på symptomene til barnet.

"Jeg var veldig, veldig forsiktig med hva jeg spiste. Jeg skjønnte at det jeg spiste, reagerte han på. Så jeg holdt meg unna melkeprodukter, sterk mat, mye frukt og grønt, så det gikk veldig mye i knekkebrød. For han reagerte med en gang hvis jeg hadde spist noe han kunne reager på. Så jeg prøvde jo litt og litt, men jeg drøy tacoen for å si det sånn. Så det påvirker jo alle."

◇ Informant 3

4.4 Valg av behandlingsform

"Jeg reiste først til kiropraktor. Det er jo det de anbefaler på helsestasjonen."

◇ Informant 3

Bakgrunnen for valg av behandlingsform var noe varierende hos informantene. Informant 3 oppsøkte først helsestasjonen for kolikkplagene til barnet, hvor hun følte de ikke hadde noe å bidra med bortsett fra å henvise henne til kiropraktor. Behandlingen ga ingen positiv effekt, og de var på dette tidspunktet utslitte. De ble så anbefalt osteopati av svigerinnen hennes, der de raskt fikk time til behandling. Informant 1 hadde på forhånd valgt å dra til osteopat hvis det skulle oppstå problemer med barnet etter fødsel. Dette valget hadde hun tatt på grunnlaget av at osteopaten hadde fått et meget godt rykte og hadde lang erfaring med spedbarnsproblematikk, og at hun i tillegg hadde hørt fra helsesøster om andre mødre som hadde oppsøkt osteopat.

"Helsesøsteren vet jeg nevnte det en gang fordi hun hadde hørt andre mødre som hadde oppsøkt det."

◇ Informant 1

Valget av behandlingsform ble enkelt for Informant 2 som tilfeldigvis hadde en praktiserende osteopat i barselgruppen da kolikksymptomene oppstod. I tillegg hadde hun fått formidlet positive inntrykk om osteopati fra en venninne. Behandlingen ga god effekt og osteopaten i barselgruppen fortsatte å se på barnet hver gang de møttes, som var fra en gang i uken til en gang hver annen uke over en periode.

*"Men så var vi i barselgruppe ganske tidlig. Så da møtte jeg osteopaten og barnet hylskrek og da hadde hun holdt på et par ukers tid eller kanskje en uke eller en halvannen eller noe sånn. Og da var det jo ganske tydelig når jeg traff osteopaten, så h*n bare løftet litt rundt, klemte litt rundt og så sov barnet i tre timer."*

◇ Informant 2

Informant 4 var i utlandet da barnet tok til seg så lite næring at de så seg nødt til å oppsøke sykehus. På barneklubben hadde de osteopat de benyttet seg av, og etter et par behandlinger der begynte barnet å ta til seg mat bedre. Når de kom hjem til Norge begynte problemene å komme tilbake og han sluttet å ta til seg mat igjen etter bare noen dager. Etter grundige undersøkelser på sykehus i Norge, der uten noen forklaring på barnets problemer, valgte informanten å oppsøke osteopat privat.

"...snakket med svigerinnen min som anbefalte osteopat."

◇ Informant 3

4.5 Forventninger

Informant 1 hadde hørt mye positivt om osteopaten de tok kontakt med, der det var nevnt at han var veldig erfaren og godt utdannet. Dette økte forventningene noe, selv om hun prøvde å ikke ha for høye forhåpninger.

"Jeg prøvde å ikke ha så mange forventninger, men hadde samtidig forventning om av han skulle finne noe og det skulle hjelpe. Det var på bakgrunn av at vi hadde hørt så mye bra om osteopaten."

◇ Informant 1

To av informantene møtte osteopaten uforventet og hadde derfor ikke mulighet til å gjøre opp noen tanker rundt den første behandling av barnet. Informant 4 sitt barn fikk osteopatisk behandling på et sykehus i utlandet hvor det er vanlig at osteopater praktiserer. Men etter at de kom hjem til Norge ble barnet dårlig igjen og hverken sykehuset eller leger fant noen årsak.

Informant 2 møtte osteopaten som behandlet barnet i barselgruppen. Hun hadde også hørt om osteopati tidligere da en venninne hadde hatt et spedbarn som var plaget og hadde fått god hjelp av osteopat.

"Når vi kom hjem så sluttet han å ta til seg mat igjen etter bare noen dager, og da ble han utredet på sykehuset i Norge veldig grundig uten at de fant noen ting. Og når han var 4 måneder gammel tok jeg han til en osteopat i Norge ren i desperasjon mer eller mindre."

◇ Informant 4

Informant 3 hadde på forhånd av behandlingen lite kunnskap om hva osteopati var og hva osteopatisk behandling gikk ut på. Dette i tillegg til at andre behandlingstilnærmelser ikke hadde gitt positiv effekt på plagene til barnet gjorde at hun på forhånd av behandlingen ikke stilte med

noen særskilte forventninger.

"Jeg hadde vel ingen konkrete forhåpninger, etter å ha prøvd annet som ikke fungerte. Jeg visste lite/ingenting om hvordan osteopatibehandling er før dette, så jeg stilte helt blank egentlig."

◇ Informant 3

4.6 Behandling

Informant 1 kontaktet osteopat så fort hun merket plager ved barnet, som nevnt var tidlig de første leveukene. På første behandling merket de ikke så stor endring hos barnet annet at hun ble litt roligere. Behandleren informerte og gjorde de oppmerksomme på at barnet kunne bli roligere, men at det ikke var uvanlig at det kunne skli litt tilbake igjen. Dette viste seg skulle å stemme, og de var forberedt på flere behandlinger. Etter andre behandling som var en drøy måned senere sov barnet som en stein gjennom hele natten, og de kunne ta opp ammingen helt uten problemer. Det begynte så å skli tilbake igjen, og på tredje behandling som det egentlig bare skulle gjøres finjusteringer på gjorde alt verre. De ble så nødt til å ta en fjerde og femte behandling, der det etter fjerde behandling ble som å slå av en knapp. De kunne nå legge henne ned og sove, hun begynte plutselig bevege seg mye mer, snu seg rundt på gulvet og virket generelt sett mye mer tilfreds.

"Hun var nesten helt bra etter to, og så skulle han bare finjustere litt på den tredje, og da var hun like ille igjen. Så to til så var hun bra."

◇ Informant 1

Hos Informant 3 var barnet to og en halv måned gammel når han fikk den første osteopatiske behandlingen. Før dette hadde han vært til kiropraktor der opplevelsen fra foreldrene var at det bare ble verre. Etter å ha gått med plager siden han ble født ville de da forsøke osteopati

etter anbefaling fra et familiemedlem. Informant 4 var først til osteopatisk behandling med barnet sitt i utlandet når han var omtrent syv uker, for så at han i en alder av fire måneder fikk behandling av osteopat i Norge.

"Vi startet med to ganger først, så var det ca. en gang i uka de to neste. Så det gikk en uke mellom de to neste behandlingene. Så to kjappe og så to lenger mellom. " ... "Vi var til fire behandlinger og etter det trengte vi det ikke mer."

◇ Informant 3

Hos Informant 2 var barnet to måneder gammelt når det hele akutt oppstod. Omtrent to uker etter at plagene startet, kom hun i kontakt med osteopaten i barselgruppen. Vedkommende behandlet barnet på barselmøtet, og etter denne ene gangen opplevde moren at barnet var mye bedre allerede da. I ettertid fortsatte osteopaten å behandle barnet hver gang de møttes, noe de gjorde regelmessig over lenger tid.

"Hun bare løftet litt rundt, klemte litt rundt og så sov barnet i tre timer" ... "Jeg husker veldig godt den første gangen, så tror jeg hun gjorde det mer eller mindre en gang i uken en stund. Vi møttes jo regelmessig."

◇ Informant 2

Flere av informantene presiserer at de opplevde måten behandlerne tilnærmet seg dem som foreldre som veldig bra. Behandlerne forklarte og pratet godt med dem, og de opplevde at de tok seg god tid til å stille spørsmål derav blant annet om hvordan svangerskapet hadde vært, om hvilke ting som kunne ha påvirket og ikke bare gått rett på behandlingen. Noen hadde også fått råd og tips om hva de kunne gjøre selv på hjemmebane. En informant forteller at de lærte spesifikke grep for få luft ut av tarmene, samt at de fikk informasjon om tarmflora og at de kunne prøve å tilføre melkesyrebakterier for dette.

"Han er veldig flink til å forklare. Flink til å forklare hvorfor og sammenhenger. Så det er jo veldig interessant. Det er jo ting man ikke aner, sant."

◇ Informant 1

"På andre behandling lærte vi massasjen og de grepene vi kunne ta selv. Det fortsatte vi med lenge. Så når vi først masserte magen med de grepene vi hadde lært og så klemte bena opp mot magen, kom lufta med en gang. Og da så du han var roligere etterpå. Det fungerte utrolig bra."

◇ Informant 3

4.7 Opplevelsen av effekt

Samtlige av barna opplevde god effekt av den osteopatiske behandlingen. De tre informantene som slet med amming forteller at dette optimaliserte seg etter endt behandling. To av informantene fortalte at barna ble roligere og med avslappet i kroppen. Informant 1 forteller at det var en totalforandring etter den fjerde behandlingen hvor datteren plutselig begynte å snu seg og virket mykere i kroppen. Informant 2 forteller at barnet var mer avslappet i kroppen. Hun opplevde effekten av behandlingen som helt fantastisk. Med et barn som gikk fra å være helt rolig, til å plutselig begynne med en vedvarende intens gråting, til å igjen få et helt rolig barn var lettende. Hun så at barnet koste seg der det lå helt stille å bare tittet på ting rundt seg, og hadde med det ingen problem med å se barnet bli behandlet. Hadde hun hylgrått hadde det vært noe annet, presiserer hun.

"Spedbarnskolikk går jo over av seg selv. Jo da, vel og bra det. Men for meg så er det ikke noe grunn til å gå å ha det sånn i 6 uker til. Et brudd går over av seg selv det også. Det meste går over av seg selv. Så at ting skal være sånn fordi alle unger gråter, det er bare tull. Nei, jeg var så utrolig glad. Herlighet."

◇ Informant 2

Hos Informant 4 hadde barnet hatt vansker med å ta til seg næring, og etter behandlingen hos osteopat i utlandet begynte han å til seg mat igjen en liten periode, deretter skled det tilbake og etter å ha vært til utredning på sykehus i Norge over flere uker uten at de fant noen årsak og løsning på problemet oppsøkte de osteopat i Norge. Da hadde han i mellomtiden fått næring gjennom sonde, men etter første behandlingen her begynte han å spise. Under behandlingen i utlandet sovnet han begge gangene, og da det ikke virket ubehagelig for barnet på noen som helst måte å være hos osteopat syntes hun det var helt greit å ha han til denne typen behandling.

"Det var en enorm lettelse at han begynte å spise og så var det jeg har jo alltid stilt spørsmål med hva som egentlig var årsak og om det er noe som kunne ordnet seg selv."

◇ Informant 4

Informant 1 forteller at hun og mannen var veldig spent på hva de kom til å merke av endringer, og de var veldig glad for at behandleren presiserte at alt kunne skje, at det var normalt å merke positive endringer med en gang, men at de kunne gå over igjen eller at de kunne bli verre med det første for så at de kunne se bedringer. Dette gjorde at det ikke ble et sjokk når hun ble først ble verre. De opplevde at ammingen fort ble bedre, mens søvnproblemene tok lenger tid. Allikevel tok det ikke lang tid før dette også bedret seg, og at barnet ble mer fornøyd. De opplevde den osteopatiske behandlingen som snill og mild, i tillegg til at det var kjapt og effektivt.

"Det er jo for noe bra. Jeg har hørt folk som kvier seg litt som og er så redd for at de skal knekke på babyen. Men det er jo ikke så brutalt."

◇ Informant 1

Informant 3 opplevde at barnet slappet godt av hos osteopaten. Ikke ofte hadde hun sett barnet rolig før, da han hele tiden var anspent og magen ofte stod i spenn. Men når behandleren tok på barnet så hun at hele gutten ble rolig og hele kroppen slappet av. Hun gråt på vei hjem etter den

drastiske positive effekten av behandlingen. Tidligere hadde han aldri ville roe seg i bilstolen, da han bare var anspent og det virket til å være vondt. Men nå sovnet han i bilstolen - så hun bar inn og han sov videre. De merket at hele døgnmønsteret ble annerledes, han ble roligere og sov lengre om gangen.

"Der og da tror jeg jeg kunne ha sagt at jeg elsket den mannen, For å si det sånn, det var helt rått og se på."

◇ Informant 3

4.8 Tiden etter

For å se på helheten av foreldres opplevelser av å ha barn med plager i det gastrointestinale systemet, valgte vi å også inkludere tiden etter behandling opp mot nåtid, for å se hvordan den gastrointestinale funksjonen har vært i ettertid og ved dags dato. Det ble her spurt om de har opplevd noe på barnet eller om barnet selv har merket noe nå i årene etter.

Her ble det et noe spredt spekter med varierende svar med alt fra å ikke slite med noe relatert til de tidligere plagene, til å ha vanskeligheter med mat og reaksjoner på bestemte typer mat.

Plagene hos barnet til Informant 1 som nå er blitt fire år har gitt seg helt og hun sliter ikke med noen som helst form for eventuelle ettervirkninger. Barnet til Informant 3 som nå er blitt syv år reagerer på melkeprodukter, mens hos barnet til Informant 2 som nå er blitt åtte år er det tidvis magevondt som går igjen – uten at de opplever dette som videre plagsomt, men at det synes å være et område der ting setter seg.

"Han er sterk, men han reagerer på melkeprodukter. Det kan ha vært noe med svakhetene, med tanke på bakterieflora. Han kan fint spise en yoghurt, men hvis han spiser is og drikker et glass melk, da blir han dårlig."

◇ Informant 3

Informant 4 forteller at barnet som nå har blitt femten år var normalvektig når han ble født før, han så ble veldig tynn – noe han har vært siden. Hun legger også til at han kan ha fått et noe traumatisk forhold til mat da han heller ikke i senere tid er spesielt storspist av seg.

"... men hun har fortsatt sånn at hun klager på vondt i magen, og da er vi hos osteopat."

◇ Informant 2

5.0 Diskusjon

I dette kapitlet drøftes resultatene av foreldres opplevelse og erfaringer rundt det å ha et barn med gastrointestinale plager og hvordan de har opplevde den osteopatiske behandlingen for det aktuelle problemet. Vi ser på de subjektive holdningene man utvikler i forhold til problemene og drøfter hvorvidt opplevelsene endres ut ifra de individuelle erfaringene. Resultatet fra dataene innhentet i intervjuene er i tillegg drøftet opp mot egne meninger og opp mot faglitteratur og studier. Dette er for å sette en faglig forklaring på det som er kommet frem i resultatene.

Diskusjonskapitlet tar også for seg hva resultatene kan ha av praktisk betydning for osteopater som behandlere.

Diskusjonskapitlet er delt i to, hvor vi først tar for oss drøfting av resultatene der flere av de samme overskriftene som i resultatkapitlet benyttes. Dette er for å prøve å holde det så oversiktlig som mulig. Deretter vurderes den metodiske tilnærmingen kritisk.

5.1 Diskusjon av resultat

5.1.1 Svangerskap og fødsel

Svangerskapene til alle informanter var i all hovedsak problemfrie. Informant 3 opplevde dog tidlig i svangerskapet å ha en stor blødning og at hun gikk på antibiotika for bronkitt.

Noe som er betraktet å påvirke utviklingen av mikrobiell populasjon av den maternale tarmfloraen og videre kan gi problemer i GI-systemet til spedbarn er bruk av antibiotika hos mor i svangerskapet (21, s. 281). Hvorvidt dette har sammenheng i denne situasjonen er ukjent, men interessant å ta i betraktning.

"Svangerskapet var egentlig veldig greit. Jeg var i fin form, det eneste var at jeg ble dårlig. Hadde bronkitt og fikk en antibiotikakur. Så det er vel det jeg inntok i forhold til normalt kosthold og sånne ting da."

◇ Informant 3

Det å få barn hadde vært en prøvelse for Informant 2 og etter flere prøverørsforsøk lyktes de endelig med å få satt et barn til verden. Til tross for veldig kvalme og noe bekkenstivhet i svangerskapet opplevde hun hele perioden som veldig bra. Ved spørsmål om svangerskapet under intervjuet svarte hun først at alt var helt fint, til hun kom på at hun var fullt sykemeldt i seks måneder på grunn av kvalme. Den gode opplevelsen av å endelig bli gravid gjorde at svangerskapsplagene hverken følte eller huskes like strevsomt som andre muligens kunne gjort det. Dette viser hvor mye innstilling og tanker på forhånd av en situasjon har å si for en bestemt opplevelse.

Alle fire informanter hadde vaginale fødsler uten store problemer med unntak av Informant 3 som ikke hadde pressrier og barnet lå i klem. Her ble barnet født som stjernekikker, og var livløs i det han ble født. Heller ikke hos Informant 1 roterte barnet under fødsel, og barnet ble med navlestrengen rundt halsen. Hvor mye dette kan ha å si for at barna utviklet kolikk er dog for usikkert å si, men dersom man trekker det opp mot den osteopatiske teorien kan det ha vært en påvirkende indikator.

Det førstefødte barnet kan ha større risiko for å utvikle kolikk (22, s. 250). En mulig årsak til dette kan være at den første fødselen ofte er mer langvarig, kan være vanskeligere og mer stressende. I tillegg har førstegangsforeldre en tendens til å være mer nervøse, med store endringer i hverdagen som kan føre til en større stressfaktor for hele familien (22, s. 250). Ett barn var enebarn, det syke barnet til Informant 1 var andrefødt med en skånsom hjemmefødsel i badekar, mens hos Informant 3 og 4 var barna førstefødt. Flertallet i denne studien er førstefødte og kan muligens kobles opp mot teorien. Barnet til informant 4 led ikke av kolikk, så det er vanskelig å si om dette kan være noe som kan ha vært innvirkning på dette.

5.1.2 Debut

Hos alle informantene startet symptomene på GI-plager innen to månedersalderen. Barnet til Informant 4 ble dårlig i syv ukers alder, men det er tatt i betraktning at barnet ikke utviklet kolikk. Resterende av informantene hadde barn som var plaget med kolikk, hvor en fattet mistanke allerede når barnet ble født, en annen merket symptomer da datteren bare var noen få dager gammel, mens debuten hos barnet til Informant 2 var helt akutt i en alder av to måneder. Med andre ord var hun da forbi stadiet hvor symptomene skulle hatt sin topp. Den plutselige skrikingen begynte i et bursdagsselskap, og en mulig utløsende faktor kan være at barnet var overstimulert da hun i tiden etter fødselen hadde vært vant til å ha det rolig rundt seg. Det er også spesielt hvis det å bli overstimulert én gang skal kunne utløse kolikk. Vi har heller ikke funnet noen studier som tar for seg dette. Da etiologien til spedbarnskolikk er ukjent, er det vanskelig å svare på om dette kan være en mulig årsak.

5.1.3 Symptomer

Symptombildet som barna utviklet var gjennomgående mye gråt, uroligheter og problemer med amming. Enda at barnet er friskt vil ikke nødvendigvis alle få til ammingen. Dette trenger altså ikke være en del av symptomene på gastrointestinale plager, men det kan tenkes at det kan være en utløsende faktor da det må benyttes andre metoder for å fø barnet. Barnet til den ene informanten som hverken ville ta bryst eller flaske og måtte mates med kopp. Dette førte til luft i magen, som videre resulterte i et lite fornøyd barn med intens gråting som igjen er typiske symptomer på spedbarnskolikk. Gråtetoktene kan vare i alt fra minutter til timer, sees gjerne å komme på samme tidspunkt daglig – ofte på ettermiddag og kveld (29). Dette kom spesielt tydelig frem hos en av informantene våre:

"Det var et rolig punkt mellom 6-7 tiden på ettermiddagen også litt utover mot kvelden, til sånn ca. den tiden vi gikk og la oss, så var det på den igjen. Vi sov i snitt 4 usammenhengende timer i løpet av natten det første halve året nesten."

◇ Informant 1

Dette er ikke uvanlige symptomer å se ved forskjellige tilstander i GI-systemet hos spedbarn. Ingen av barna slet med gulping, noe som kan sees å være vanlig da hele 23% av spedbarn har symptomer forbundet ved GØRS (24). Med tanke på forstoppelse og diaré som er andre vanlige tilstander i GI-systemet, har det ikke bli nevnt noe annet vesentlig angående dette enn at det ene barnet til Informant 4 fikk mye og "merkelig" avføring etter behandling hos osteopat, og et annet barn hadde problemer med smerter i henhold til mye luft i magen, samt at luften og avføring var illeluktende. Her presiseres det at barnet kun fikk morsmelk. Det kan tenkes at mor spiste noe som barnet reagerte på, men at dette ikke ble oppdaget siden det ikke var en av de kjente allergenene.

Gastrointestinale plager inkludert kolikk kan skyldes lavere toleranse for melkeprotein, hvetemel eller laktoseintoleranse (30). I samband med dette florer det med tips og råd om å prøve å kutte ut disse matvarene, samt andre mulige allergener som egg, nøtter, soya og fisk fra en ammende mors kosthold. Det ble vist i en randomisert, kontrollert studie gjort av Hill D et Al i 2005 hvor fullammende mødre til barn med kolikk ekskluderte disse allergenene fra kostholdet sitt at gråtetiden fikk en reduksjon med 21% (36). Med dette i bakgrunnen var vi interesserte i å se hvorvidt foreldre har hørt om og prøvd dette, og hva deres opplevelse har vært av det.

To av informantene forsøkte å legge om til et redusert lavallergent kosthold. En av informantene merket at barnet reagerte på det hun spiste, mens hos barnet til den andre informanten ga det ikke utslag i det hele tatt. Ut i fra informasjonen de delte prøvde begge å begrense mye av det samme fra kostholdet sitt, der særlig melkeprodukter, hvetemel, sterk mat og diverse frukt og grønnsaker var nevnt. Informant 1 forteller at hun spiste bare knækkebrød og vann i et par uker, for så å holde seg unna så mange av de mulige allergenene for å se om det hjalp, men det ga ingen merkbar endring. Det virker med andre ord usannsynlig at allergener var årsaken kolikksymptomene i dette tilfellet.

"Jeg var veldig, veldig forsiktig med hva jeg spiste. Jeg skjønnte at det jeg spiste, reagerte han på. Så jeg holdt meg unna melkeprodukter, sterk mat, mye frukt og grønt, så det gikk veldig mye i knekkebrød. For han reagerte med en gang hvis jeg hadde spist noe han kunne reager på. Så jeg prøvde jo litt og litt, men jeg drøyde tacoen for å si det sånn. Så det påvirker jo alle."

◇ Informant 3

På en side er det bra at mødre utelukker bestemte typer matvarer i kostholdet sitt for å se om det har innvirkning på barnet, men på en annen side er det da viktig at de får i seg alle nødvendige næringsstoffer. Ved ekskludering av ulike matvarer bør det alltid gjøres i samråd med kvalifisert helsepersonell. Dette er ikke ment som kritikk til våre informanter eller andre mødre i samme situasjon, men at det er en elementær sak å huske å opplyse om fra behandleres side. Kanskje kan det her være aktuelt å jobbe tverrfaglig med for eksempel ernæringsfysiologer eller leger for å best mulig legge til rette for både mødre og barn.

5.1.4 Opplevelse av behandling og effekt

I en studie som tok for seg spedbarnskolikk og osteopatisk kranial behandling viste at gråtetiden hos behandlede barn ble redusert med 63% i forhold til kontrollgruppen som hadde en reduksjon på 23% (39). Våre informanter har opplevd positiv effekt av osteopati på nettopp dette symptomet. Den samme studien viste også forbedret søvnkvalitet hos de behandlede barna med 11%, mens kontrollgruppen kun hadde en forbedring på under 2% i samme tidsrom (39).

Informant 1 forteller at hun sov i snitt fire usammenhengende timer i løpet av natten det første halve året, og man trenger ikke nødvendigvis å være i situasjonen selv for å skjønne at det er en krevende tilværelse. *"Så fort hun ikke hadde vondt lenger så var det ikke noe problem lenger."* - forteller informanten om hvordan søvnmønsteret til datteren ble bedre etter osteopatisk behandling. Med dette tatt i betraktning er det plausibelt at den positive effekten hos barnet var et resultat av den osteopatiske behandlingen, da det samsvarer med den ovennevnte studien.

Informant 4 mener å huske at barnet ikke hadde noe utpregede søvnproblemer utover at han generelt var mye sliten fordi han spiste lite. Informanten presiserer at når barnet fikk mat via sonde sov han greit. Det bør tas i betraktning at disse plagene var for 14 år siden og det kan tenkes at hukommelsen kan ha hatt innvirkning på utsagnene. Informanten svarte ellers utfyllende på det som ble spurt om og delte all relevant informasjon som hun husket. Dette barnet hadde litt andre typer plager enn de tre andre barna som omtales i denne oppgaven, da han hovedsakelig slet med matinntak. Det bør derfor tas høyde for at hans symptomer skiller seg noe ut i forhold til de andre spedbarna.

I tillegg til at gråtetektene ble redusert og at søvnmønsteret ble bedret, vistest det også i resultatene at den generelle uroligheten avtok. Som Informant 1 forteller måtte hun aktivt gå å bysse for å prøve å bevare roen på barnet. I studien som nevnt ovenfor kom det frem at også den nødvendige byssetiden for å holde barnet rolig ble forkortet, og samme slutningen om at det kan være en mulighet for at det er osteopatien som behandling som kan ha ført til effekt trekkes også her. Dette er en studie som alt i alt viser tendenser til gode resultater i reduisering av kolikksymptomer etter osteopatisk kranial behandling, men da utvalget er lite påpekes det at videre forskning er nødvendig for å få tydeligere resultater (39). Dette er noe vi støtter opp under.

Informant 3 forteller at de først reiste til kiropraktor, da det er det som anbefales på helsestasjonen. Det ble tre behandlinger hos kiropraktor, som ikke gjorde saken bedre i det hele tatt, men heller verre. Her startet opplevelsen med manuell behandling dårlig for både forelder og barn. Når man står i den vanskelige situasjonen med et sykt barn, og drar til helsestasjonen for hjelp uten at det syke barnet blir bedre, kan det være vanskelig å bevare tiltroen til helsestasjonen. Dette sier også selv informantene *"Vi tok først kontakt med helsestasjonen hvor vi egentlig føler at de har null kompetanse på det området [kolikk]."* Men etter anbefaling fra sin svigerinne dro Informant 3 med barnet sitt til osteopat. Siden osteopatien er såpass ukjent i Norge har vi fått inntrykk etter lest på ulike fora, at osteopatien ofte er den siste utveien. Som Informant 4 sier, hun oppsøkte osteopaten i Norge i ren desperasjon.

En annen årsak til at osteopati kan være siste utvei er fordi kunnskapen om den osteopatiske behandlingen er av flere misforstått. En informant fortalte at hun hadde hørt om folk som gruer

seg, fordi de er redde for at de skal knekke på barnet, men la til; *"men det er jo ikke så brutalt, det er ikke så mye sånn knekking som kanskje en kiropraktor ville gjort"*. Flere av informantene ble overrasket over hvordan osteopatien fungerte med barn, og det var tydelig at alle foreldrene har hatt en god opplevelse etter det første møtet med osteopat. De presiserte at de syntes det virket til å være en mild og fin behandling for barnet, og som foreldre var det uproblematisk å se barnet bli behandlet.

"Når osteopaten tok hendene under ryggen på han og begynte å jobbe med noen punkter, og du så at hele kroppen bare slappet av." ... "Det var helt rått å se på."

◇ Informant 3

"Det var en snill og mild behandling, og kjapt gjort" ... "Nei, jeg synes ikke det var brutalt i det hele tatt, og at det var veldig fint."

◇ Informant 1

Det kan tyde på at en så skånsom og beroligende behandlingstilnærmselse skaper mer tillitt til osteopaten fra foreldrenes side. Det er selvfølgelig meget plausibelt når man ser hvordan et barn som ellers har mye vondt og plager faller til ro eller til og med sovner hos et fremmed menneske. Det tyder på at det også ble skapt et tillitsbånd mellom osteopat og Informant 2 da det nevnes i intervjuet at barnet i ettertid har hatt flere behandlinger av nevnte osteopat.

"På andre behandling lærte vi massasjen og de grepene vi kunne ta selv. Det fortsatte vi med lenge. Så når vi først masserte magen med de grepene vi hadde lært og så klemte bena opp mot magen, kom lufta med en gang. Og da så du han var roligere etterpå"
"Osteopaten snakket mye om tarmflora og det å tilføre melkesyrebakterier, og herregud, vi hadde jo prøvd Miniform og alt annet dritt. Og, da begynte alt, alt å endre seg da med

tanken på avføring og sånne ting. Han slet ikke så mye med å få ut lufta. Så det var kjempebra."

Begge sitatene over er fra Informant 3. Flere av foreldrene fikk gode råd fra osteopaten om hvordan man kan ta egne grep for å bedre hverdagen til barnet deres. Informant 3 fikk også mye informasjon om hva som kunne være årsak til kolikkplagene sønnen slet med. Dette satte foreldrene stor pris på, noe informant selv sier;

" Det som var veldig fint var at da vi kom dit var at han pratet veldig godt med oss."

I tillegg til at alle foreldrene har hatt god opplevelse med selve behandler, har behandlingen på barna også vist god effekt. Dette er det inntrykket som sitter sterkest igjen hos foreldrene. Alle informantene vi har intervjuet forteller om at behandlingen har gitt en påfallende positiv virkning på barna. Det kan likevel drøftes om det er behandlingen som har gitt effekt eller om det har gått over av seg selv (Kapittel 2.3). Hos Informant 1 vistes ikke endring før andre behandling, og barnet var ikke helt friskt før femte. Man bør ta høyde for at tiden kan ha spilt en rolle i symptomlette, men tatt i betraktning at Informant 2 og 3 merket betydelig positiv effekt etter første behandling, så kan det vitne om at det var osteopati som var virkningsfull. Dette kan videre kobles opp mot barnet til Informant 4 som ikke led av kolikk, men hvor samtlige behandlinger ga god effekt. Behandlingene i utlandet hadde en positiv virkning på barnet, men etter noe tid skled det tilbake til gamle mønster. Informanten var fortsatt skeptisk til osteopati som behandlingsform, men valgte likevel å gi det et forsøk også i Norge – dette var ifølge henne selv i ren desperasjon.

En annen faktor som må diskuteres er placeboeffekten. I dette tilfellet gjelder det foreldrene og ikke barna som mottar behandling, da det er uenighet i litteraturen om hvorvidt spedbarn kan oppleve placeboeffekt og fordi vi i denne oppgaven tar utgangspunkt i foreldrene. Ved at foreldrene skaper seg en forventning om at behandlingen kommer til å få positiv effekt vil man kunne endre holdningsmønsteret sitt etter mottatt behandling. Kommunikasjon fra behandler

side kan være et avgjørende element for denne holdningsendringen. Her må det trekkes inn at det i våre resultater har kommet frem at behandlerne har vært flinke til å opplyse om at det er ikke uvanlig at barna kan bli verre før de blir bedre i en behandlingsperiode. En annen mulig innvirkning som kan skape positiv effekt rundt behandlingssituasjonen kan være at foreldrene endelig føler seg hørt og ser at barnet mottar hjelp. Informant 2, 3 og 4 opplevde store forandringer etter første behandling, og vi stiller oss kritiske til at det kan være placeboeffekt som førte til så gode resultater på så kort tid.

Det kan diskuteres hvorvidt oppgavens utfall hadde blitt dersom vi også hadde inkludert foreldre til barn som ikke hadde hatt effekt ved osteopatisk behandling, da det er foreldres opplevelse vi har tatt i betraktning, og ikke effekten. Kan det tenkes at foreldre fortsatt hadde hatt god opplevelse av selve behandlingen, selv om utfallet ikke ga videre effekt, eller kunne de opplevd behandlingen på en helt annen måte? Det er usikkert å si, men som kan være interessant å ta med til eventuell senere forskning.

"Det er ikke noe grunn til å gå å ha det sånn i 6 uker til. Et brudd går av seg selv det også, det meste går over. Så at ting skal være sånn fordi alle unger gråter, det er bare tull."

◇ Informant 2

5.1.5 Årene etter

Spedbarnskolikk går over av seg selv og i følge Norsk Helseinformatikk er det ikke noe som skal tilsi at spedbarn som har vært plaget med kolikk disponerer for plager senere i livet (30). Vi har sett litt på dette og i en prospektiv studie fra 2005 ble barn med kolikk i spedbarnsalder på nytt undersøkt 10 år senere. Av 103 deltakende spedbarn med kolikk var det 96 som fullførte studien. Disse barna ble etter 10 år tilbakekalt hvor en barnelege evaluerte utvalgte lidelser med anamnese, legeundersøkelse, laboratorieprøver og foreldresamtaler. Det viste at barna hadde en signifikant økt forekomst av magesmerter, allergiske sykdommer som astmatisk bronkitt, rhinitt,

konjunktivitt, atopisk eksem og matallergi og psykiske utfordringer som søvnforstyrrelser, aggressiv oppførsel og overlegenhet (35).

Ut i fra det som er nevnt ovenfor, sammenlignet med det som ble sagt i intervjuene, kan det se ut til at plagene i spedbarnsalder kan ha hatt påvirkning på barna i senere tid. Det kom frem at tre av fire barn fortsatt hadde noe plager som foreldrene selv linket opp til de tidligere plagene. Uten at det blir sett på som videre plagsomt, kan barnet til Informant 2 oppleve magevondt fra tid til annen. Det hun sier er at det virker til at dette er et område som går igjen og at det er her ting setter seg hvis det skulle være noe. Barnet til Informant 1 reagerer fortsatt på melkeprodukter og sønnen til den Informant 4 er fortsatt småspist av seg. Tar man studien i betraktning kan dette ses på å være senfølger av kolikkplagene de hadde som spedbarn, men det som er gjennomgående når man leser om kolikkproblematikk er at senfølger ikke er en risiko og at det er noe som krever videre forskning. Det må bemerkes at barnet til Informant 4 ikke led av kolikk og kan ikke direkte linkes opp til sammenligning av studien som gjort, men det er fortsatt verdifull informasjon å ta med for å høre hvordan deres, samt resten av informantenes opplevelse har vært av hele denne situasjonen.

Noe som gikk igjen gjennom hele intervjuet hos flere informanter var at de hadde et sterkt ønske om at det skulle bli rutine på å få barn undersøkt av osteopat etter fødsel og at flere helsefaglige profesjoner som fysioterapeuter og helsesøster kunne ha anbefalt osteopati. Når vi spurte om det var noe informantene ønsket å tilføye presiserte nesten samtlige at dette var noe de virkelig ville få frem.

"Ja, det skal ikke mer til at de faktisk kan anbefale det. Jeg mener egentlig at et hvert barn burde fått en eller annen behandling for å sjekke."

◇ Informant 3

Som nevnt tidligere i oppgaven var Informant 4 på sykehus i utlandet som var det første møtet med osteopati og har opplevd ulikheten mellom de to landenes strukturering av helsevesen. Hun

syntes det var merkelig at det landet hun fikk barnet behandlet i, integrerer den typen behandling med medisinsk behandling på sykehuset der og at det her i Norge er helt motsatt, hvor legene bare lo det bort. Det er gjort to italienske studier som viser at osteopatisk behandling kan redusere antall sykehusdøgn spedbarn. En studie var gjort med osteopatisk behandling på premature barn, der resultatet viste en signifikant sammenheng mellom osteopatisk manipulativ behandling (OMT) og lengde på sykehusopphold, som indikerer at OMT kan ha en viktig rolle for prematures helse på sykehus (37). Den andre studien foretok seg osteopatisk behandling av premature barn med gastrointestinale symptomer hvor resultatet viste reduserte symptomer på plagene samt redusert lengdeopphold på sykehus (38).

"Rart at [det landet ungen fikk behandling i på sykehus] integrerer den typen behandling i forhold til Norge som er helt motsatt."

◇ Informant 4

5.2 Styrker og svakheter i studien

Ved en kvalitativ tilnærming skaper man et tillitsforhold med informanten når man gjennomfører intervjuet. Da kan det være utfordrende å prøve å holde seg helt objektiv slik at ingen av intervjuerens subjektive meninger påvirker informanten. Dette prøvde vi å løse ved at informanten fikk ta styringen i så stor grad som mulig mens intervjuet ble gjennomført, noe vi mener styrker resultatet.

En av hovedstyrkene til denne oppgaven er at vi har fått gått i dybden på opplevelsene foreldrene har hatt. Vi har fått førstehåndskunnskap fra dem. Disse svarene har vi fått fulgt opp med nye spørsmål, for å kunne tilegne oss enda mer kunnskap. På en annen side kan det ses på som en svakhet med spontane oppfølgingsspørsmål da ingen av partene har fått forberedt seg på det. Vi har avsluttet hvert intervju med å spørre om det er noe mer informasjon som informantene ville tilføye. Dette opplevde vi som svært nyttig, da det kom frem flere tydelige meninger.

Svakheterne i denne studien er at det er kun fire informanter, og det er ikke representativt eller generaliserbart for populasjonen, men dette er en kvalitativ studie hvor det ikke er hovedfokus.

Da vi må holde oss innenfor rammene for en bacheloroppgaves størrelse, ville det blitt vanskelig å ha nok informanter til at resultatene kan generaliseres. Tre av fire intervjuer ble gjennomført over Skype, en ideell situasjon ville vært å møte alle informantene personlig. Men det kan tas høyde for at ved personlig møte med informanten kan man i større grad risikere å la intervjuerens subjektive meninger smitte over på intervjuobjektet.

I ettertid har vi oppdaget et nytt spørsmål vi skulle ha stilt informantene under intervjuet. Vi kontaktet to av informantene i etterkant for å spørre "Hvilke forventninger hadde dere til den osteopatiske behandlingen?". Dette spørsmålet ønsket vi å inkludere da forventninger kan være med å påvirke opplevelsen av en situasjon. Grunnen til at vi ikke spurte de to andre informantene om dette var at deres første møte med osteopat var spontant.

Vi ser også i etterkant at gjennomføringen av lydopptak gjort ved å bruke datamaskin og mobil er noe som kan kritiseres. Mobil og data er noe som man har med seg store deler av tiden, og skulle man være uheldig å miste det eller at noen hadde stjålet det, hadde informasjonen blitt videreført til en fremmedpart. Det presiseres dog at det ikke er lagret personopplysninger i intervjuene eller i filnavn på lydopptakene. Vi hadde nå heller valgt å ta opp intervjuene med båndopptaker som man slipper å ha med seg hele tiden.

6.0 Konklusjon

Det har kommet tydelig frem at opplevelsen av osteopatisk behandling på spedbarn med gastrointestinale plager fra foreldres perspektiv i all hovedsak har vært positiv. Ingen av de foresatte har formidlet negative opplevelser.

Opplevelsen har vært god på flere plan. Foreldrene sitter igjen med et inntrykk av behandlingen som mild og skånsom og at barnet har blitt godt ivaretatt under selve behandlingssekvensen. De foresatte ga klart uttrykk for at behandlerne formidlet informasjon på en tydelig og betryggende måte, og at osteopaten sørget for at barnet fikk behandling etter behov, både med tanke på behandlingens lengde og antall behandlinger. Flere av informantene har også hatt så god opplevelse med osteopati at de selv har gått til osteopat i senere tid, samt anbefalt osteopati videre til bekjente og andre familiemedlemmer uansett alder.

Da denne studien viser så gode resultater, kunne det vært interessant med videre forskning innenfor dette temaet. Skulle det vises at det er den osteopatiske behandlingen som er årsak til symptomlette og en bedre hverdag for foreldre og barn vil det være viktig å få frem dette budskapet. Med behøvelig hjelp på et tidlig stadium vil det kunne være med på å optimalisere livskvaliteten til alle involverte.

Referanseliste

1. Hva er osteopati [Internett]. Norsk Osteopatforbund. [sitert 26. april 2017]. Tilgjengelig på: <http://osteopati.org/hva-er-osteopati/>
2. Aabakken L. gastrointestinal. I: Store medisinske leksikon [Internett]. 2016 [sitert 25. april 2017]. Tilgjengelig på: <http://sml.snl.no/gastrointestinal>
3. Lie SO. spedbarn. I: Store medisinske leksikon [Internett]. 2014 [sitert 25. april 2017]. Tilgjengelig på: <http://sml.snl.no/spedbarn>
4. postnatal | Gyldendal - Den Store Danske [Internett]. [sitert 25. april 2017]. Tilgjengelig på: http://denstoredanske.dk/Sprog,_religion_og_filosofi/Sprog/Fremmedord/pl-po/postnatal
5. maternal. I: Store norske leksikon [Internett]. 2016 [sitert 25. april 2017]. Tilgjengelig på: <http://snl.no/maternal>
6. Nesheim B-I. ansiktsfødsel. I: Store medisinske leksikon [Internett]. 2014 [sitert 25. april 2017]. Tilgjengelig på: <http://sml.snl.no/ansiktsf%C3%B8dsel>
7. Kåss E. symptom. I: Store medisinske leksikon [Internett]. 2015 [sitert 25. april 2017]. Tilgjengelig på: <http://sml.snl.no/symptom>
8. Øye I. placebo. I: Store medisinske leksikon [Internett]. 2017 [sitert 25. april 2017]. Tilgjengelig på: <http://sml.snl.no/placebo>
9. årsak. I: Store norske leksikon [Internett]. 2015 [sitert 25. april 2017]. Tilgjengelig på: <http://snl.no/%C3%A5rsak>
10. PICO | Kunnskapsbasert praksis [Internett]. [sitert 25. april 2017]. Tilgjengelig på: <http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico/>
11. Hva er osteopati [Internett]. Norsk Osteopatforbund. [sitert 25. april 2017]. Tilgjengelig på: <http://osteopati.org/hva-er-osteopati/historikk/>
12. Siri J. De utrolige kardinalbevegelsene [Internett]. altformamma.no. 2012 [sitert 25. april 2017]. Tilgjengelig på: <http://altformamma.no/185/article/item/null>
13. History of Craniosacral Therapy [Internett]. [sitert 25. april 2017]. Tilgjengelig på: <http://iacst.ie/history-craniosacral-therapy>
14. Craniosacral Therapy: Does it Work? [Internett]. www.PainScience.com. [sitert 25. april 2017]. Tilgjengelig på: <https://www.painscience.com/articles/craniosacral-therapy.php>
15. Osteopathic Philosophy | College of Osteopathic Medicine of the Pacific [Internett]. [sitert 25. april 2017]. Tilgjengelig på: <https://www.westernu.edu/osteopathic/osteopathic-about/osteopathic-philosophy/>

16. History of Osteopathy [Internett]. [sitert 26. april 2017]. Tilgjengelig på:
http://www.efo.eu/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=68&Itemid=74
17. Helse - flere velger alternativt [Internett]. ssb.no. [sitert 25. april 2017]. Tilgjengelig på:
<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/helse-flere-velger-alternativt>
18. fig-2010-05-03-02.png (PNG Image, 206 × 342 pixels) [Internett]. [sitert 25. april 2017].
Tilgjengelig på: <https://www.ssb.no/a/samfunnsspeilet/utg/201002/05/fig-2010-05-03-02.png>
19. Sand O, Sjaastad ØV, Haug E, Bjålie JG, Toverud KC. Menneskekroppen - Fysiologi og Anatomi. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2006. 544 s.
20. The Digestive System & How it Works | NIDDK [Internett]. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. [sitert 26. april 2017]. Tilgjengelig på:
<https://www.niddk.nih.gov/health-information/digestive-diseases/digestive-system-how-it-works>
21. Sergueef N. Cranial Osteopathy for Infants, Children and Adolescents. 1. utgave. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2007. 315 s.
22. Hayden Clive. Accommodation difficulties of the newborn. Moeckel ER, Mitha N. Textbook of Pediatric Osteopathy. 1. utgave. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2008. 495 s.
23. Helsebiblioteket.no R. Sure oppstøt (refluks/GØRS) hos barn [Internett]. Helsebiblioteket.no. [sitert 25. april 2017]. Tilgjengelig på:
<http://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/barn-og-unge/gastroosofageal-reflukssykdom-gors-hos-barn>
24. Nelson SP, Chen EH, Syniar GM, Christoffel KK. Prevalence of symptoms of gastroesophageal reflux during infancy. A pediatric practice-based survey. Pediatric Practice Research Group. Arch Pediatr Adolesc Med. juni 1997;151(6):569–72.
25. Melkeallergi - NHI.no [Internett]. [sitert 25. april 2017]. Tilgjengelig på:
<https://nhi.no/sykdommer/magetarm/tynntarm/melkeallergi/>
26. Markestad T. Klinisk Pediatri. 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget; 2009. 416 s.
27. Forstoppelse hos spedbarn - NHI.no [Internett]. [sitert 25. april 2017]. Tilgjengelig på:
<https://nhi.no/sykdommer/barn/magetarm/forstoppelse-hos-spedbarn/%E2%80%AF%E2%80%AF>
28. Colic: Causes, Symptoms and Treatments [Internett]. Medical News Today. [sitert 26. april 2017]. Tilgjengelig på: <http://www.medicalnewstoday.com/articles/162806.php>
29. Kolikk - helsenorge.no [Internett]. [sitert 25. april 2017]. Tilgjengelig på:
<https://helsenorge.no/sykdom/mage-og-tarm/kolikk>

30. Spedbarnskolikk - NHI.no [Internett]. [sitert 26. april 2017]. Tilgjengelig på: <https://nhi.no/sykdommer/barn/magetarm/spedbarnskolikk/>
31. Tremånederskolik – en vurdering af mulige risikofaktorer [Internett]. Tidsskrift for Den norske legeforening. [sitert 26. april 2017]. Tilgjengelig på: <http://tidsskriftet.no/2002/02/manedens-nordiske-artikkel/tremanederskolik-en-vurdering-af-mulige-risikofaktorer>
32. Carriero JE. Pediatric Manual Medicine. 1. utgave. Elsevier: Churchill Livingstone; 2011. 364 s.
33. Stone CA. Visceral and Obstetric Osteopathy. 1. utgave. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2007. 349 s.
34. Holme IM, Solvang BK. Metodevalg og Metodebruk. 3. utgave. Oslo: Tano Aschehoug; 1996. 334 s.
35. Savino F, Cresi F, Castagno E, Silvestro L, Oggero R. A randomized double-blind placebo-controlled trial of a standardized extract of *Matricariae recutita*, *Foeniculum vulgare* and *Melissa officinalis* (ColiMil) in the treatment of breastfed colicky infants. *Phytother Res PTR*. april 2005;19(4):335–40.
36. Hill DJ, Roy N, Heine RG, Hosking CS, Francis DE, Brown J, mfl. Effect of a low-allergen maternal diet on colic among breastfed infants: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. november 2005;116(5):e709-715.
37. Cerritelli F, Pizzolorusso G, Ciardelli F, La Mola E, Cozzolino V, Renzetti C, mfl. Effect of osteopathic manipulative treatment on length of stay in a population of preterm infants: a randomized controlled trial. *BMC Pediatr*. 26. april 2013;13:65.
38. Pizzolorusso G, Cerritelli F, Accorsi A, Lucci C, Tubaldi L, Lancellotti J, mfl. The Effect of Optimally Timed Osteopathic Manipulative Treatment on Length of Hospital Stay in Moderate and Late Preterm Infants: Results from a RCT. *Evid-Based Complement Altern Med ECAM*. 2014;2014:243539.
39. doi:10.1016/j.ctcp.2005.12.005 - Hayden_et_al_2006_Complement_Therap_Clinic_Practice.pdf [Internett]. [sitert 27. april 2017]. Tilgjengelig på: http://craniosuisse.web5.bestsites.ch/cm_data/Hayden_et_al_2006_Complement_Therap_Clinic_Practice.pdf
40. Microsoft Word - ZG12-191-Mohammed Ibrahim Alhojailan-Full Paper-Ready - ta_thematic_analysis_dr_mohammed_alhojailan.pdf [Internett]. [sitert 25. april 2017]. Tilgjengelig på: http://fac.ksu.edu.sa/sites/default/files/ta_thematic_analysis_dr_mohammed_alhojailan.pdf
41. Kent Löfgren. Qualitative analysis of interview data: A step-by-step guide [Internett]. 2013 [sitert 25. april 2017]. Tilgjengelig på: <https://www.youtube.com/watch?v=DRL4PF2u9XA>

42. Dahlum S. validitet. I: Store norske leksikon [Internett]. 2015 [sitert 25. april 2017]. Tilgjengelig på: <http://snl.no/validitet>
43. redaktør KS ansvarlig. Reliabilitet [Internett]. eStudie.no. 2017 [sitert 25. april 2017]. Tilgjengelig på: <https://estudie.no/reliabilitet/>
44. REK – Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk [Internett]. [sitert 25. april 2017]. Tilgjengelig på: <https://helseforskning.etikkom.no/>
45. Om NSD [Internett]. [sitert 25. april 2017]. Tilgjengelig på: <http://www.nsd.uib.no/om/>
46. Vanlige spørsmål [Internett]. [sitert 25. april 2017]. Tilgjengelig på: http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/vanlige_sporsmal.html
47. Overvaking av barn i mors mage - helsenorger.no [Internett]. [sitert 25. april 2017]. Tilgjengelig på: <https://helsenorge.no/fodsel/fodselsovervaking>

Vedlegg 1

Intervjuguide

– individuelt, semistrukturert intervju *Varighet: 30-40 minutter*

Tema

Foreldres opplevelse av osteopatisk behandling for gastrointestinale plager

Problemstilling

«Hvordan er foreldrenes opplevelse av osteopatisk behandling av spedbarn med gastrointestinale plager?»

Form

To intervjuere møter informanten. Førsteintervjuer styrer spørsmålene og andreintervjuer styrer lydopptak. Andreintervjuer kan bryte inn med evt. spørsmål og oppfølgingsspørsmål. Begge er ansvarlige for muntlig oppsummeringen ved slutten av intervjuet. To stk. mobiltelefoner blir brukt til opptak av intervjuet i tillegg til håndskrevne notater. Opptak og håndskrevne notater blir slettet og makulert etter at oppgaven er godkjent.

1. Rammesetting

- Uformell samtale
 - Presentasjon av oppgaven
- Nøkkelspørsmål
 - Oppfølgingsspørsmål
- Oppsummering
 - Avklaring

Vedlegg 2

1. Rammesetting

Uformell samtale

- Presentasjon av oppgaven

Nøkkelspørsmål

- Hvor gammel var barnet når det var til behandling?
- Hvilke symptomer og plager hadde barnet ditt før behandling?
- Hvordan var svangerskapet og fødselen?
- Hvorfor valgte du osteopat?
- Hvor og når foregikk behandlingen?
- Hvor mange behandlinger hadde barnet ditt?
- Oppsøkte du noen annen behandling før osteopat? Evt. hvilke(n)?
- Har du eller noen i din familie vært hos osteopat tidligere?
- Hvilken effekt opplevde dere etter behandlingen?
- Hvordan var symptomene etter den første behandlingen?
- Merket du andre ting? Som raskere utvikling, søvn, matlyst, endret adferd osv.
- Hvordan var det for deg som foreldre å ha barnet ditt til behandling hos osteopat?
- Fikk du med tips/råd fra osteopat ang. tilstanden?
- Hvilke følelser og tanker satt du igjen med etter endt behandling?
 - *Oppfølgingsspørsmål*

Oppsummering

- Oppsummering
- Avklaring

Vedlegg 3

Samtykkeerklæring for intervju til *bacheloroppgave*

Beskrivelse av oppgaven

Vi er to tredjeårsstudenter på osteopati studiet v/Høgskolen Kristiania som er inne i prosessen med å skrive bacheloroppgave.

Oppgaven vår har som tema foreldres opplevelse av osteopatisk behandling av gastrointestinale plager på spedbarn.

Vi ønsker at du kan hjelpe oss med å belyse dette temaet. Bakgrunnen for intervjuet er å få mer kunnskap om foreldres syn og erfaringer, og vi vil derfor benytte det du forteller i intervjuet i vår oppgave. All informasjon du bidrar med vil holdes helt anonymt.

Frivillig deltakelse

All deltagelse er frivillig, og du kan når som helst trekke deg. Vi tar opptak av intervjuet vha. 2 stk. mobiltelefoner samt PC i tillegg til å ta håndskrevne notater. Opptaket og notatene vil bli slettet og makulert etter at oppgaven er godkjent.

Anonymitet

Som presisert ovenfor vil alt være anonymt og ingen informasjon du gir vil ikke kunne spores tilbake til deg.

Samtykke

Jeg har lest og forstått informasjonen over og gir mitt samtykke til å bli intervjuet

Sted og dato

Signatur